

ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU
FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

Diplomski rad

Stavovi srednjoškolaca prema psihičkim bolesnicima, narkomanima i
alkoholičarima i njihovo predviđanje na osnovu kauzalnih atribucija,
kontakta i samoprocjene znanja

Martina Bajs

Mentor: dr. sc. Damir Ljubotina

Zagreb, 2003.

1. SAŽETAK

Na uzorku od 315 srednjoškolaca ispitivani su stavovi prema narkomanima, alkoholičarima i psihičkim bolesnicima te je utvrđena mogućnost predviđanja stavova na osnovu atribucija uzroka poremećaja, kontakta sa pripadnicima pojedine skupine i samoprocjena znanja o njima. Rezultati pokazuju da postoje statistički značajne razlike u stavovima srednjoškolaca prema psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima, zatim atribucijama stabilnosti, podložnosti kontroli, kontaktu i samoprocjenama znanja. Uz to, dobivene su i neke spolne razlike. Prediktor koji se pokazao statistički značajnim u objašnjavanju varijance stava prema alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima je samoprocjena znanja o ovim poremećajima. Implikacije ovog istraživanja usko su vezane uz planiranje borbe protiv stigmatizacije psihičke bolesti, alkoholizma i narkomanije u zajednici, u smislu promoviranja pozitivnih stavova prema ovim skupinama i to kroz edukaciju, kontakt i postizanje tolerancije prema različitostima već od adolescentne dobi.

Ključne riječi: psihička bolest, narkomanija, alkoholizam, stav, kauzalna atribucija, kontakt, samoprocjena znanja

SADRŽAJ:

1.SAŽETAK.....	2
2.UVOD.....	5
2.1IDENTIFIKACIJA STAVOVA KAO JEDAN OD PREDUVJETA ZA PROMJENU ODNOSA DRUŠTVA PREMA PSIHIČKOJ BOLESTI, NARKOMANIJI I ALKOHOLIZMU.....	5
2.2STAVOVI PREMA PSIHIČKIM BOLESNICIMA, NARKOMANIMA I ALKOHOLIČARIMA.....	6
2.3PRIMJENA TEORIJE ATRIBUCIJA U ISTRAŽIVANJU NA PODRUČJU KLINIČKE PSIHOLOGIJE	11
2.4PSIHIČKA BOLEST.....	14
2.4.1Prevalencija psihoza u Hrvatskoj.....	15
2.5OVISNOST O OPIJATIMA	15
2.5.1Ovisnost o opijatima u Hrvatskoj.....	17
2.6OVISNOST O ALKOHOLU.....	18
2.6.1Alkoholizam u Hrvatskoj.....	20
2.7CILJ ISTRAŽIVANJA.....	21
3.PROBLEMI ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZE.....	23
4.METODA.....	26
4.1ISPITANICI.....	26
4.2INSTRUMENTI.....	28
4.2.1Demografski upitnik	29
4.2.2Skala stavova – konstrukcija i predispitivanje	29
4.2.3Atribucije uzroka psihičke bolesti, narkomanije i alkoholizma.....	31
4.2.4Iskustvo/kontakt s alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima.....	31
4.2.5Samoprocjena razine znanja o alkoholizmu, narkomaniji i psihičkoj bolesti.....	31
4.3POSTUPAK.....	32
5.OBRADA REZULTATA I RASPRAVA.....	33
5.1STAVOVI SREDNJOŠKOLACA PREMA ALKOHOLIČARIMA, NARKOMANIMA I PSIHIČKIM BOLESNICIMA S OBZIROM NA SPOL ISPITANIKA.....	33
5.1.1Analiza profila stavova srednjoškolaca prema psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima.	35
5.1.2Razlike u stavovima srednjoškolaca prema psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima.....	39

5.1.3Razlike u stavovima srednjoškolki prema psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima.....	40
5.2ATRIBUCIJE UZROKA, KONTAKT I SAMOPROCJENA ZNANJA SREDNJOŠKOLACA O ALKOHOLIZMU, NARKOMANIJI I PSIHIČKOJ BOLESTI.....	43
5.2.1Kauzalne atribucije.....	43
5.2.2Kontakt srednjoškolaca s alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima.....	56
5.2.3Samoprocjena razine znanja o alkoholizmu, narkomaniji i psihičkoj bolesti	59
5.3MOGUĆNOST PREDVIĐANJA STAVOVA SREDNJOŠKOLACA O ALKOHOLIZMU, NARKOMANIJI I PSIHIČKOJ BOLESTI NA OSNOVU NEKIH PREDIKTORA.....	65
5.3.1Predviđanje stavova prema alkoholičarima.....	66
5.3.2Predviđanje stavova prema narkomanima.....	69
5.3.3Predviđanje stavova prema psihičkim bolesnicima.....	71
5.3.4Zaključno o predviđanju stavova prema alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima.....	73
6.ZAKLJUČAK.....	75
7. LITERATURA.....	78
8.PRILOZI.....	82

2. UVOD

2.1 IDENTIFIKACIJA STAVOVA KAO JEDAN OD PREDUVJETA ZA PROMJENU ODNOSA DRUŠTVA PREMA PSIHIČKOJ BOLESTI, NARKOMANIJI I ALKOHOLIZMU

Učestalost psihičkih poremećaja i specifično problema alkoholizma i narkomanije u modernom društvu opravdava potrebu da se sustavno pristupi poboljšavanju programa liječenja i/ili suzbijanja ovih problema, a da bi takav program bio potpun valja se pobrinuti i za osiguranje kvalitetne reintegracije psihički bolesne osobe u okolinu. Naime, suvremena psihijatrijska znanost daje prednost liječenju osoba s psihičkim poremećajima u zajednici, što uključuje i ostanak u obitelji, na radnom mjestu i u susjedstvu, a današnje metode dijagnostike i liječenja psihičkih poremećaja, u najvećem broju slučajeva, to i omogućuju. Preduvjet za što bezbolniji povratak psihičkog bolesnika, bivšeg alkoholičara ili narkomana u zajednicu jest djelovanje na zajednicu u smislu mijenjanja negativnih stavova javnosti putem pružanja točne informacije, senzibilizacije i postizanja tolerancije.

U svijetu je stoga danas pokrenut niz različitih projekata borbe protiv stigmatizacije osoba s psihičkim poremećajima koji uključuju sljedeće intervencije: kontakt s oboljelim osobama, edukaciju opće populacije, protestne akcije putem medija i drugo, a upravo se identifikacija stavova društva smatra prvim korakom u borbi protiv njihovih negativnih posljedica.

Navedeni razlozi predstavljaju poticaj i ovom istraživanju koje se bavi ispitivanjem stavova srednjoškolaca prema osobama sa psihičkim poremećajima. Naime, zanemarivanje efekta stavova zajednice na liječenje, socijalnu prilagodbu i, općenito, psihičku ravnotežu osoba sa psihičkim poremećajima predstavlja veliki terapijski propust koji se itekako odražava na stanje oboljelog, bilo da se radi o shizofrenoj osobi, narkomanu ili alkoholičaru.

2.2 STAVOVI PREMA PSIHIČKIM BOLESNICIMA, NARKOMANIMA I ALKOHOLIČARIMA

Definicija i dimenzije stava

Stav je jedan od temeljnih pojmova za razumijevanje društvenog života, te jedan od temeljnih pojmova socijalne psihologije uopće (prema Pennington, 1997). Da bi lakše odredili svoj odnos prema velikom broju različitih pojava, te adekvatno reagirali na njih, ljudi formiraju stavove. Naime, stavovi nam omogućuju da steknemo fiksirane standarde za svoje prosuđivanje i svoje postupke. Na taj način lakše ocjenjujemo i klasificiramo objekte i situacije što nam omogućuje lakše i brže snalaženje i djelovanje.

Kad je riječ o definiciji stava, mnogo je pokušaja definiranja stavova, pa zamalo svaki autor ima svoju vlastitu. Prema Rotu (1983) stavovi predstavljaju trajnu tendenciju da se prema nekom objektu reagira na određeni, pozitivan ili negativan način. Opća obilježja i karakteristike stavova su: dispozicijski karakter, složenost, djelovanje na ponašanje, te stečenost stava.

Dispozicijski karakter stava označava spremnost da se na određeni način reagira prema određenom objektu. Ta spremnost može biti neuralna ili mentalna i predstavlja relativno trajnu fiziološku organizaciju. Stečenost stava podrazumijeva usvajanje stavova tijekom individualnog razvoja i društvenog života. Stavovi se ne nasljeđuju, već se uče. Djelovanje stava na ponašanje očituje se u načinu kako ćemo nešto procijeniti, opažati, pamtit, učiti i misliti. To predstavlja direktivan utjecaj stava. Kada je stav poticaj za ponašanje, i od njega ovisi naša aktivnost – govorimo o dinamičnom utjecaju stava. Složenost stava podrazumijeva integraciju afektivne, kognitivne i bihevioralne komponente stava.

Kognitivna komponenta sadrži znanja i informacije o objektima prema kojima postoji stav. Određena znanja i shvaćanja pretpostavka su za evaluaciju ili vrednovanje objekta prema kojem se zauzima stav. To znanje može biti vrlo usko i ograničeno, tek da dozvoljava razlikovanje jedne pojave od drugih, a može se raditi i o cijelom sustavu znanja i informacija.

Emocionalna komponenta uključuje osjećaje u vezi s objektom ili situacijom prema kojoj postoji stav. Neki objekt nam se može svidati ili ne svidati, biti ugodan ili

neugodan, i sl. Moguće je dobiti i fiziološke dokaze mjerenja ove komponente stava, npr. registracijom elektrodermalne reakcije.

Konativna komponenta se očituje u spremnosti na akciju i djelovanju prema objektu stava. Pozitivan stav uključuje tendenciju da se objekt stava podrži, pomogne i zaštiti, a negativan stav da se izbjegava, onemogućí ili napadne.

Stavove možemo razlikovati prema njihovim dimenzijama, kao što su:

- direkcija stava ili valencija – označava pozitivan ili negativan odnos prema objektu stava;

- složenost stava – označava količinu i vrstu saznanja, emocija i tendencija prema akciji, uključenih u stav;

- ekstremnost – označava stupanj pristajanja uz neki stav, pri čemu se utvrđuje stupanj u kome se neki objekt prihvaća ili odbija. To se postiže svrstavanjem ispitanih stavova na kontinuum, od ekstremne naklonosti, preko neutralne točke, do ekstremnog odbijanja;

- usklađenost ili konzistentnost stava – označava stupanj podudarnosti komponenata stava u valenciji;

- dosljednost – očituje se u zauzimanju jednakog stava, prilikom svake situacije koja uključuje objekt stava;

- intenzitet ili snaga – manifestira se u otpornosti stava prema podacima suprotnim stavu. To je, dakle, otpornost stava prema mijenjanju, pri čemu su predrasude, svakako najotpornija vrsta stavova;

- izrazitost – spremnost da se postojeći stav iznese, te manifestira spremno i otvoreno.

Utjecaj iskustva i informacija na stav

Društvene i/ili kulturalne norme stvaraju određenu razinu suglasnosti pojedinaca u stavu, a značajan doprinos različitosti stavova prema istom objektu stava daje njihovo različito iskustvo. Naime, stav prema nekom objektu može biti formiran na osnovu bihevioralnog odnosno direktnog iskustva sa objektom stava, i na indirektan način, bez bihevioralnog iskustva. Fazio i Zanna (1981, prema Prišlin, 1991.) smatraju da razlika između direktnog i indirektnog iskustva predstavlja kontinuum. Na jednom kraju tog kontinuum nalaze se stavovi formirani kroz direktno iskustvo sa objektom stava, tj. stav je potpuno formiran na osnovu ranijeg ponašanja prema objektu stava. Kada se radi o dodirljivom fizičkom objektu, takvo iskustvo znači manipulaciju tim

objektom ili interakciju s njim. Kada objekt stava egzistira samo u psihološkom svijetu osobe ili kada objekt stava postoji u socijalnom realitetu, tada se direktno iskustvo odnosi na sva ranija ponašanja u vezi sa objektom stava, iz kojih je osoba mogla izvesti svoj stav.

Na drugom kraju kontinuuma nalaze se stavovi formirani na osnovu nebiheviornalnih informacija o objektu stava (npr. informacija iz pročitanih knjiga, novinskih članaka, sa televizije, slušanjem o iskustvima od strane roditelja, prijatelja itd.). Dakle, za stav formiran na takav način kažemo da je formiran na osnovu indirektnog iskustva sa objektom stava.

U brojnim radovima, kao npr. u istraživanju Regana i Fazio (1977, prema Prišlin, 1991.), utvrđeno je da, kada stav proizlazi iz direktnog iskustva sa objektom stava, postoji veća konzistencija između stava i ponašanja, veća perzistencija takvog stava u vremenu, te otpornost takvog stava na promjenu, u odnosu na stav formiran indirektnim iskustvom sa objektom stava.

Formiranje stavova počinje sa rođenjem pojedinca i temelji se na raznolikim iskustvima koja se međusobno potkrepljuju i nezaobilazno rezultiraju predispozicijom da se reagira na određeni način u svakoj sličnoj podražajnoj situaciji. Dakle, stavovi predstavljaju rezultat socijalizacije i usvajaju se socijalnim učenjem. U procesu formiranja i mijenjanja stava, veliku ulogu igra i aktualna motivacija pojedinca, te karakteristike njegove ličnosti. Prema Kendleru (1984., prema Bedworth & Bedworth, 1992.), na razvoj stavova osim znanja utječu još ova tri čimbenika: motivacija i potkrepljenje, crte ličnosti, te socijalna okolina. Čimbenik motivacije i potkrepljenja odnosi se na razvijanje cikličke reakcije u kojoj osobni motivi, uvjetovani spoznajama proizašlim iz vlastitog iskustva, utječu na obilježje stava koji će se razviti. Crte ličnosti su također dijelom uvjetovane saznanjima, što opet utječe na obilježje stava koji će osoba naposljetku usvojiti. Socijalna okolina ograničava učenje iskustava na ona kojima smo izloženi u toj specifičnoj sredini, pa i ona ima svojevrsan utjecaj na stjecanje stavova. Zauzimanje nekog stava ovisno je od njegove instrumentalne vrijednosti za ostvarenje određenih ciljeva pojedinca. Pozitivan stav obično imamo prema objektima koji doprinose zadovoljenju naših motiva, dok prema objektu koji ometa ostvarenje naših ciljeva, obično zauzimamo negativan stav.

Jedan od procesa koji može djelovati na formiranje stava je proces socijalne komparacije. Socijalna komparacija se definira kao proces u kojem su druge osobe, odnosno njihovi stavovi, sposobnosti i oblici reagiranja, osnova za evaluaciju osobnih

znanja, stavova, sposobnosti, emocionalnih i drugih stanja. Prema teoriji socijalne komparacije L. Festingera postoji potreba za evaluacijom osobnih znanja, stavova, sposobnosti, načina ponašanja i doživljavanja, te ocjenom njihove ispravnosti i prikladnosti. U nedostatku informacija iz “objektivne realnosti” dolazi do osobne evaluacije usporedbom sa drugim ljudima čije ponašanje predstavlja “socijalnu realnost” (Petz, 1992.).

Socijalna komparacija među osobama može rezultirati pojavom empatije. Empatija se smatra uživanjem u emocionalno stanje druge osobe i razumijevanjem njenog položaja, npr. patnje ili ugroženosti, na osnovu percipirane ili zamišljene situacije u kojoj se ta osoba nalazi. Također u literaturi nalazimo (Esser & Lacey, 1988.) da naše postavljanje u mentalni okvir referencije druge osobe zahtjeva prepoznavanje i identificiranje sa sadašnjim osjećajima, mislima i reakcijama osobe koja pati, te simultano razumijevanje tih reakcija u smislu njihove važnosti, odnosno značajnosti za budućnost te osobe.

Ispitivanje stavova

Budući da stav mjerimo oslanjajući se na izvještaje koji proizlaze iz samopromatranja ispitanika, stav predstavlja i hipotetski konstrukt, do čijeg sadržaja dolazimo indirektno. Stavovi se mogu relativno lako objektivno mjeriti, što je jedan od osnovnih razloga njihove popularnosti (Zvonarević, 1989.). Cilj mjerenja stavova je “smjestiti” ispitanika na kontinuum, između pozitivnog i negativnog ekstrema, te doznati postojanje, intenzitet, te konzistenciju stava. Na skali stavova, koja se sastoji od tvrdnji sa kojima ispitanik izražava svoje slaganje ili neslaganje, metrijski je najbolje zahvaćena afektivna komponenta stava, a najslabije konativna.

Stavovi prema psihičkim bolesnicima

Stavovi društva prema psihičkim poremećajima nisu se značajno promijenili kroz povijest, premda je dijagnostika i mogućnost njihova liječenja bitno napredovala. Rezultati mnogih istraživanja ukazuju na to da su psihički poremećaji i njihovo liječenje manje socijalno prihvaćeni od poremećaja organske prirode. Za razliku od osoba sa organskim poremećajima, osobe sa psihičkim poremećajima smatraju se nesposobnima za suočavanje i nošenje sa promjenjivim uvjetima svakodnevnog života.

Yuker (1988.) navodi pregled literature koji pokazuje da postoji hijerarhija prihvatljivosti različitih poremećaja ovisno o tome radi li se o socijalnoj, radnoj ili

rehabilitacijskoj situaciji. Tako su osobe sa psihičkim poremećajima srednje prihvaćene u rehabilitacijskoj situaciji, nisko što se tiče zapošljavanja, te vrlo nisko prihvaćene u socijalnoj okolini, dok su npr. slijepe osobe visoko prihvaćene u socijalnoj okolini, srednje prihvaćene kad se radi o rehabilitaciji, a nisko kad se radi o zapošljavanju. Neka istraživanja stavova društva o osobama sa psihičkim poremećajima pokazuju da su one smatrane neodgovornima, te nesposobnima za donošenje odluka i samostalan život, pa im se pripisuje nepredvidivo i djetinjasto ponašanje (Penn 1990, prema Halgin i Whitbourne, 1994). Općenito, možemo reći da je prosječan stav prema osobama sa psihičkim poremećajima povezan sa strahom i prezirom, odnosno socijalna ih okolina u mnogim slučajevima stigmatizira.

Stigma je znak srama i diskreditacije prema kojem neku osobu opisujemo kao nesposobnu, a njeno ponašanje kao neprimjereno i nepoželjno. Drugim riječima, stigmatizirane osobe su oni članovi socijalnih kategorija o kojima značajni dijelovi društva imaju negativne stavove i vjerovanja (prema Halgin i Whitbourne, 1994.). Neka istraživanja, npr. Wolfa i sur. (1996, prema Corrigan, 2001), o stavovima zajednice prema osobama sa psihičkim poremećajima pokazala su slijedeće: osobe nižeg stupnja obrazovanja, nižeg društvenog položaja, osobe sa djecom i one koje pripadaju etničkim manjinama u nekoj sredini imaju negativnije stavove prema osobama sa psihičkim poremećajima. Međutim, valja naglasiti da izvor stigmatizacije nije samo u okolini. Neke od oboljelih osoba i same to odobravaju, pa takav stav o samome sebi vodi općenito nižoj kvaliteti njihovog života. Čini se da su te osobe uvjerenе da su socijalno prihvaćene stigme ispravne, te stoga same sebe procjenjuju nesposobnima za samostalan život.

Zbog širokih posljedica negativnih stavova društva na kvalitetu života osoba sa psihičkim poremećajima, liječnici ponekad dvoje treba li, uopće reći dijagnozu pacijentu, pogotovo kada se radi o poremećaju koji ne pokazuje dobru prognozu za ozdravljenje (prema Esser i Lacey, 1988.). Jedna je studija pokazala da 75% članova obitelji oboljele osobe vjeruje da je stigmatizacija pridonijela smanjenju samopouzdanja oboljelog, stvorila teškoće u sklapanju prijateljstava i umanjila uspješnost u obavljanju različitih svakodnevnih aktivnosti (prema Corrigan, 2001.).

Osoba s mentalnim poremećajem mora voditi borbu za svoje zdravlje i borbu da bude prihvaćena u okolini. Kao odgovor na reakciju okoline, psihički bolesne osobe mogu izgubiti samopoštovanje i nadu u dobru integraciju u okolinu, te se i same povlačiti i izolirati. Nadalje, negativni stavovi prema psihičkim bolesnicima mogu

imati za posljedicu nepovoljan ishod psihičkog poremećaja, iako sam psihijatrijski tretman najčešće vodi uspješnom smanjenju simptoma i boljem funkcioniranju u svakodnevnom životu. Naime, ekspresija simptoma je uvjetovana kulturološki, a kulturalna sredina često stigmatizira osobe sa psihičkim poremećajima, bez obzira na vrstu poremećaja, što može rezultirati poricanjem bolesti i potiskivanjem simptoma. I nerijetko senzacionalističko prikazivanje psihičke bolesti («ludila») i ustanove u kojoj se liječi («ludnica, žuta kuća») u medijima djeluje kao svojevrstan poticaj za razvoj i potvrdu negativnih, stigmatizirajućih stavova. Valja uzeti u obzir i to da utjecaj negativnih stavova društva nije ograničen samo na osobu koja pati od nekog psihičkog poremećaja, već se efekt primjećuje i kod ostalih članova obitelji u vidu nižeg samopouzdanja i promijenjenih obiteljskih odnosa.

2.3 PRIMJENA TEORIJE ATRIBUCIJA U ISTRAŽIVANJU NA PODRUČJU KLINIČKE PSIHOLOGIJE

U socijalnoj psihologiji, kad je riječ o kognitivnom pristupu, važno mjesto zauzimaju teorije atribucija. Sam pojam atribucija odnosi se na zaključke koje izvodimo o vlastitim i tuđim dispozicijama, o uzrocima vlastitog ili tuđeg ponašanja, ili o uzrocima različitih događaja u okolini (Harvey i Weary, 1981., prema Pletikapić, 1993.). Teorije atribucije su brojne, a konceptualnu osnovu za njihov razvoj dao je Heider koji je formulirao tri principa po kojima ljudi tumače svoju socijalnu okolinu: a) ljudi percipiraju da ponašanje ima uzroke, b) važno je razumjeti percepciju ljudi, c) uzrok ponašanja percipira se u osobi, situaciji ili nekoj kombinaciji ova dva elementa. Ono što je zajedničko svim teorijama atribucija jest da čovjek događaje oko sebe tumači u terminima uzroka, a ta tumačenja u velikoj mjeri određuju reakciju pojedinca na neki događaj, njegovo ponašanje. U samom procesu atribuiranja razlikujemo prethodujuće faktore i posljedice atribuiranja. Pod antecedentima podrazumijevamo određene informacije o događaju i okolnostima njegova pojavljivanja i oni dolaze do izražaja kada zaključujemo o uzrocima nekog događaja. Posljedice procesa atribuiranja manifestiraju se u vidu različitih očekivanja, emocija i ponašanja.

Atribucijski pristup primjenjuje se u niz područja, a jedno od njih je područje psihičkog zdravlja odnosno bolesti. Kad je riječ o uzročnim atribucijama vezanim uz psihički poremećaj zapravo se radi o kognicijama o tome što je uzrokovalo neki ishod odnosno bolest. Važno je naglasiti da je riječ o percipiranim, onakvim kakvim ih vidi

pojedinaac, a ne stvarnim uzrocima nekog ishoda odnosno, u ovom slučaju, psihičke bolesti.

Temelje ovog pristupa postavio je B. Weiner sa svojim suradnicima 1971. godine svojom atribucijskom teorijom postignuća. Osnovna postavka Weinerovog modela je da kauzalne atribucije kojima pojedinac objašnjava ishode neke postignuću usmjerene aktivnosti dovode do određenih kognitivnih i afektivnih reakcija na doživljeni uspjeh, odnosno neuspjeh. Spomenute reakcije imaju važan utjecaj, te uvelike određuju buduće ponašanje usmjereno postignuću.

Svođenje atributa uzroka na manji broj dimenzija rezultiralo je definiranjem tri kauzalne dimenzije. Prvo je potvrđeno postojanje dviju kauzalnih dimenzija: mjesta uzročnosti, i stabilnosti. Mjesto uzročnosti odnosi se na lokaciju uzroka, pa razlikujemo internalne i eksternalne uzroke ponašanja, a stabilnost se odnosi na promjenjivost uzroka u toku vremena, pa razlikujemo stabilne i nestabilne attribute. Treću dimenziju, koju je uveo Rosenbaum (1972, prema Weiner, 1992) i nazvao intencionalnost ili namjera, Weiner je kasnije preimenovao u podložnost kontroli. Teoretska je pretpostavka da su ove dimenzije međusobno nezavisne, međutim to još nije dokazano.

U kontekstu kliničke psihologije, istražuju se dva glavna područja u kojima se nalazi potencijalna korist od atribucijskog pristupa (deriviranog iz Weinerove atribucijske teorije postignuća) u objašnjavanju i razumijevanju načina na koji drugi percipiraju osobe koje boluju od psihičkih bolesti (López i Wolkenstein, prema Graham i Folkes, 1990). Prvo područje se odnosi na istraživanje kauzalnih atribucija kliničara, a primarno se to odnosi na utvrđivanje mjesta uzročnosti, odnosno odgovora na pitanje da li kliničari uzroke psihičke bolesti atribuiraju dispozicijski (internalno) ili situacijski (eksternalno). Uz to ispituje se i povezanost atribucija kliničara sa njihovom kliničkom procjenom koja podrazumijeva klasifikaciju (dijagnozu i prepoznavanje simptomatike) i prognozu (predviđenu reakciju na terapiju). Drugo područje primjene atribucijskog pristupa je u ispitivanju kauzalnih atribucija članova obitelji psihički bolesne osobe i u svezi s time procjena njihove afektivne reakcije (npr. empatije, ljutnje, krivnje) i nivoa podrške.

Istraživanja su pokazala da profesionalni pomagači uzroke psihičke bolesti atribuiraju više internalno, za razliku od laika u tom području koji isti uzrok atribuiraju više situacijski, eksternalno (Batson 1975, prema Graham i Folkes, 1990). Valja naglasiti da do sada nije utvrđeno da je ova dispozicijska pristranost od strane

profesionalaca zapravo pogreška, već je to vjerojatno rezultat nekoliko međusobno povezanih faktora koji utječu na ulogu profesionalca kao promatrača i pomagača. Batson (1982, prema Graham i Folkes, 1990) nalazi da su to: orijentacija profesionalca na pacijenta, a ne na situaciju (što rezultira prikupljanjem više informacija o pacijentu a manje o situaciji) i njegova treningom stečena tendencija da očekuje dispozicijske probleme. Atribucija stabilnosti uzroka psihičke bolesti je, prema nalazima istraživanja, jasno povezana sa očekivanjem pozitivne promjene u psihičkom statusu pacijenta, odnosno u kliničkim terminima, prognozom (López 1983, i Atkins 1984, prema Graham i Folkes, 1990). Naime, rezultati pokazuju, da ako se uzroci bolesti procjenjuju stabilnima vjerojatno je da će i prognoza kliničara biti slaba. Kad je riječ o kauzalnoj dimenziji podložnosti kontroli, pretpostavilo se da će kliničari pokazivati više empatije i interesa da pomognu spram pacijenata čija je bolest rezultat uzroka koji nisu podložni kontroli. Iako u ispitivanju ove pretpostavke nije nađena značajna povezanost između podložnosti kontroli uzroka i s druge strane empatije i interesa da se pomogne pacijentu (López 1983, prema Graham i Folkes, 1990), primjena Weinerovog modela uzevši u obzir sveukupne nalaze ima veliku potencijalnu snagu u objašnjavanju kliničke procjene i prognoze.

Kad se radi o članovima obitelji psihički bolesne osobe, istraživanja njihovih atribucija uzroka bolesti slijede model: atribucija uzroka – afektivna reakcija – pomoć. Glavna je pretpostavka da je atribucija uzroka bolesti koju obitelj pripisuje svom bolesnom članu centralna u objašnjavanju njihovih afektivnih reakcija spram bolesnog člana (empatije ili ljutnje) i volje da mu se pomogne. Vaughn i Leff (1981, prema Graham i Folkes, 1990). su na osnovu kvalitativnog istraživanja utvrdili da se obitelji razlikuju u atribucijama uzroka psihičke bolesti njihovog člana s obzirom na njihovu «ekspresiju emocija» (expressed emotion). Pri tome je visoka ekspresija emocija, kako su je definirali autori, povezana sa ispoljavanjem ljutnje, neprijateljstva, netolerancije, i gađenja, a niska ekspresija emocija povezana sa pokazivanjem empatije, žaljenja i tolerancije obitelji spram bolesnog člana. Rezultati istraživanja pokazuju da kad među članovima obitelji postoji visoka ekspresija emocija, oni obično sumnjaju da je član zaista bolestan, i vjeruju da je za svoje stanje sam odgovoran. Znači da, u terminima atribucijskog pristupa, uzrok njegova stanja i ponašanja smatraju podložnim kontroli. Ako se radi o obitelji kod koje je ekspresija emocija niska, stanje bolesnog člana će se u većoj mjeri pripisivati bolesti, dakle faktoru koji ne podliježe kontroli.

Općenito, primjena atribucijskog pristupa u kliničkoj psihologiji može značajno doprinijeti u domeni istraživanja percepcije psihički bolesnih osoba od strane drugih. Povezanost atribucija uzroka bolesti sa kliničkom procjenom i prognozom kad je riječ o pomagačima i utvrđena veza između podložnosti kontroli uzroka i afektivne reakcije članova obitelji samo su dva primjera rezultata primjene ovog pristupa. Dosadašnji istraživački trud na ovom području zapravo je svojevrstan poticaj da se atribucijski pristup i dalje preispituje kao okvir u ispitivanju percepcije problema kliničke prirode.

2.4 PSIHIČKA BOLEST

Općenito, psihička bolest se definira se kao poremećaj na planu doživljavanja i/ili ponašanja, funkcionalnog ili organskog porijekla, koji zahtjeva psihijatrijsku intervenciju, a najčešće i hospitalizaciju (Petz, 1992.). Osoba koja pokazuje ponašanje koje ne odgovara okolnostima a perzistira određeno vrijeme, smatra se psihički oboljelom. Za sam koncept psihičke bolesti, kao i mnoge druge koncepte u medicini i, općenito znanosti, ne postoji konzistentna operativna definicija koja bi pokrila sve moguće situacije. Psihička bolest pojmovno se određuje kao klinički sindrom koji uključuje psihološko doživljavanje i ponašanje koje se kod pojedinca javlja u svezi s nekim distresom (npr. bolni simptom), nesposobnošću (npr. pogoršanje na jednom ili više područja funkcioniranja) ili značajno povišenim rizikom od smrti, boli, nesposobnosti ili gubitka slobode. Pritom treba isključiti sve očekivane ili specifično kulturološki prihvaćene odgovore na određeni događaj, primjerice gubitak voljene osobe.

Psihičke bolesti se prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje Američke psihijatrijske udruge (DSM IV, 1996) klasificiraju u: razvojne poremećaje, kognitivne poremećaje, poremećaje vezane uz psihoaktivne tvari, psihotične poremećaje, poremećaje raspoloženja, anksiozne poremećaje, somatoformne poremećaje, umišljeni poremećaj, disocijativne poremećaje, poremećaje spolnog identiteta, poremećaje hranjenja, spavanja, kontrole poriva, prilagodbe i poremećaje ličnosti.

Kad je riječ o psihičkoj bolesti ne postoji jedan uzrok kojim bi se ona mogla objasniti već se radi o nekoliko uzroka koji mogu pridonijeti njenom razvoju: nasljednost, organsko oboljenje, kemijski i fizički utjecaji, te okolinski faktori kao npr. stres i obiteljske prilike. Psihička bolest, ne poznajući granice, pogađa ljude svih dobi,

ekonomskih, socijalnih, religijskih ili etničkih porijekla, a suvremena istraživanja pokazuju da pogađa najmanje 20 od 100 ljudi (Esser i Lacey, 1988.).

Obilježeni osebujnom simptomatikom i upadljivo smanjenom sposobnošću zadovoljavanja uobičajenih životnih zahtjeva, te socijalnog i radnog djelovanja, najmanifestniji od psihičkih poremećaja su svakako Shizofrenija i drugi psihotični poremećaji.

2.4.1 Prevalencija psihoza u Hrvatskoj

Općenito, prevalencija shizofrenije tijekom života procjenjuje se između 0.5 i 1%. Budući da je shizofrenija sklona kroničnom tijeku, stope incidencije su znatno niže od stopa prevalencije i procjenjuju se na otprilike 1 na 10000 na godinu.

Kad je riječ o Hrvatskoj, u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo je, još 1961. godine, utemeljen **Registar za psihoze Hrvatske**. U 2000. godini, skupina psihičkih bolesti i poremećaja bila je na sedmom mjestu ljestvice uzroka hospitalizacija u Hrvatskoj, s udjelom od 6,5%. U ukupnom broju dana bolničkog liječenja radi psihičkih bolesti i poremećaja prednjači shizofrenija s udjelom od 38,1%. Prema podacima iz Registra, do 1990. godine, uočava se porast hospitaliziranih shizofrenih bolesnika i broja njihovih hospitalizacija. To ukazuje na bolji obuhvat shizofrenih bolesnika bolničkim liječenjem, ali i bolju zaštitu shizofrenih bolesnika putem intenzivnijih terapijskih i rehabilitacijskih programa, te izvanbolničkim praćenjem. Dugoročnijim praćenjem i dodatnim analizama moći će se dati daljnja interpretacija trendova u pojavi i liječenju psihičkih bolesti.

2.5 OVISNOST O OPIJATIMA

Općenito, droge koje djeluju kao psihodepresori na središnji živčani sustav, unešene u organizam manifestiraju svoj depresivan efekt tako da reduciraju anksioznost i napetost, mijenjaju emocionalnu reakciju na bol, usporavaju vrijeme reakcije, diskoordiniraju pokrete i oštećuju procese mišljenja (Petrović, 1989, prema Radeljić, 1991). Među kemijskim tvarima koje izazivaju ovakve efekte na više moždane strukture izdvajaju se: opijum sa svojim derivatima (morfij, heroin, metadon) i barbiturati. Posebnu važnost valja pridati danas vjerojatno najopasnijoj tvari koju ovisnici zlorabe; heroinu. Heroin se smatra najadiktivnijom psihoaktivnom tvari

koja može, u samo nekoliko dana, provocirati intenzivnu tjelesnu ovisnost. Spomenimo samo da u odnosu na morfij, drogu iz iste skupine psihodepresora, ima čak tri puta jači učinak (Bernstein, prema Lalić i Nazor, 1997). U organizam se heroin najčešće unosi intravenoznim putem, ali i putem inhalacije (ušmrkavanja) ili pak pušenjem. Injiciranje heroina prati pospanost, sužavanje zjenica, usporen puls i disanje. Kronična intoksikacija heroinom reducira apetit, a shodno tome dolazi i do velikog pada tjelesne težine i slabljenja imuniteta organizma. Predoziranje heroinom vrlo je čest uzrok smrti među ovisnicima. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, intravenozno uzimanje droga odgovorno je za oko 200.000 smrti ovisnika godišnje. Kad je riječ o psihičkim posljedicama uzimanja heroina najizraženija je psihička ovisnost. U početku dominira želja da se ponove ugodna djelovanja heroina, a kasnije ta želja prelazi u fobiju od apstinencijske krize zbog ne uzimanja heroina. Osobe ovisne o heroinu obično razviju takvu sliku potrebe za uzimanjem heroina da dnevne aktivnosti planiraju isključivo u smislu nabave te droge (DSM IV, 1996).

Općenito, droge su još od davnih vremena poznate čovječanstvu. Prvo otkriće da se od određenih biljaka može dobivati droga dovelo je tijekom vremena do razvoja tradicije uporabe droge koja se sve do danas koristi u različite svrhe. Vojnici su često uzimali droge za vrijeme ratova ne bi li reducirali strah i s većom izdržljivošću podnosili napore. Droge su koristili i umjetnici kako bi pod njihovim snažnim učincima došli do novih spoznaja i inspiracija. Neke se droge koriste danas kao sredstvo za ublažavanje boli kod pacijenata oboljelih od neizlječivih bolesti.

Sve šira zloraba droge i sve češći razvoj ovisnosti o njenim učincima bili su poticaj za mnoge teoretske i praktične napore ne bi li se odgovorilo na pitanje što je zapravo uzrok ovisnosti. Jedan od suvremenih pristupa u odgovoru na to pitanje je biopsihosocijalni pristup koji se bavi identifikacijom činitelja značajnih za objašnjavanje ovisnosti o drogi i njene zlouporabe. Prema ovom pristupu to su vještine suočavanja sa stresom, vještine opiranja pritisku skupine vršnjaka da se uzme neka droga, te biologijski činitelji kao npr. podražljivost živčanog sustava (Donovan, Ewing, Galizio i Maisto, prema Zarevski, 1995). Autori su predložili model određivanja vjerojatnosti rizika da će adolescenti početi s konzumacijom droga. Stupanj rizika da će pojedinac konzumirati drogu ovisi o nekoliko činitelja. Rizik raste u situacijama koje su stresnije za pojedinca, ako pritom njegovi mehanizmi obrane nisu dovoljno razvijeni. Uz to, ista situacija neće izazvati stres kod svakog pojedinca. Nadalje,

hoćemo li neku situaciju doživjeti kao izazov kojem se možemo oduprijeti ili kao prijetnju vlastitoj dobrobiti, ovisi o ostalim elementima koji čine ovaj model, odnosno mehanizmima obrane koji uključuju privrženost, vještine suočavanja i resurse. Privrženost se, pritom, odnosi na čuvstveni odnos s roditeljima i s ostalim pozitivnim modelima iz uže okoline. Vještine suočavanja podrazumijevaju uspješne interakcije s vršnjacima i odraslima, te uspješnost suočavanja sa stresom. Resursi su prilike šire okoline koja utječe na osobu: kvaliteta škole koju pojedinac polazi, mogućnost za kvalitetno provođenje slobodnog vremena i sl. Biološki činitelji proizlaze iz spoznaje da su za različite pojedince podražaji različitog identiteta idealni za normalno funkcioniranje. Kad je pobuđenost mozga previsoka, pojedinac je želi sniziti; a kad je previsoka, želi je povećati da bi se osjećao ugodno. Ljudi se razlikuju po optimalnoj razini pobuđenosti mozga, isti podražaji dovode do različite razine pobuđenosti kod različitih osoba.

2.5.1 Ovisnost o opijatima u Hrvatskoj

Prema izvještaju United Nations Office for Drug Control and Prevention (UNDCP), u razdoblju 1998-2000. godine, procijenjeno je da je u svijetu oko 13 milijuna ljudi starijih od 15 godina koristilo opijate, uključujući heroin. To čini oko 0,3% populacije svijeta. Ukupan broj korisnika opijata u Europi procjenjuje se na oko 4 milijuna ljudi, što je približno 30% svih korisnika opijata u svijetu. Za razliku od istočne Europe, gdje se udio opijata još uvijek povećava, u zapadnim zemljama dolazi do stabilizacije ili čak i smanjenja tog udjela. U zapadnoeuropskim zemljama se broj korisnika opijata procjenjuje na oko 1,2 milijuna ljudi.

U Hrvatskoj je zloraba droga prisutna posljednjih 25 godina, a u novije vrijeme poprima zabrinjavajuće razmjere. Svi podaci o osobama liječenim u zdravstvenom sustavu zbog zlorabe psihoaktivnih tvari prikupljaju u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo i čine **Registar osoba liječenih zbog zlorabe psihoaktivnih droga**. Prema podacima Registra tijekom 2000. godine u zdravstvenim ustanovama Republike Hrvatske registrirano je 3.713 osoba liječenih zbog ovisnosti o psihoaktivnim drogama. Pritom je ovisnost o opijatima, sa 67,9% učestalosti, najprisutnija među ovisnicima koji dopijaju na liječenje. Stopa liječenih ovisnika na 100.000 stanovnika za Republiku Hrvatsku iznosi 84,3, a najizraženiji problemi

zlorabe psihoaktivnih droga su na području Grada Zagreba, Primorsko-goranske, Istarske, Zadarske, Šibensko-kninske, Splitsko-dalmatinske i Zagrebačke županije.

Prosječna dob liječenog ovisnika u Hrvatskoj je 25 godina. Prema podacima Registra Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u 2000. godini, najviše liječenih osoba bilo je u dobnoj skupini od 21- 25 godina (30,8%). Pritom je prosječna dob prvog uzimanja opijata 20 godina, a prvog dolaska na liječenje oko 25 godina. U novije je vrijeme zabilježen trend javljanja ovisnika na liječenje u sve mlađoj dobi. Od svih ovisnika koji kao primarnu drogu navode opijate, udio mladih od 19 godina na liječenju je 7,8% za razliku od godine ranije kad je taj udio iznosio 6,2%. Kad se radi o spolnim razlikama, muškarci su češće zahvaćeni od žena, u odnosu 3,4 : 1. Kod žena je najveći udio ovisnika u dobi od 16 do 25 godina, a muškarci ovisnici su najbrojniji u dobnoj skupini 16 do 30 godina.

2.6 OVISNOST O ALKOHOLU

Kao bolest, alkoholizam se spominje na početku prošlog stoljeća, ali sustavni pristup ovoj najtežoj zdravstvenoj posljedici uzimanja alkohola star je tek tri-četiri desetljeća. Shvaćajući alkoholizam kao medicinski, a potom i kao sociopsihološki problem, Svjetska zdravstvena organizacija formirala je Pododbor za problem alkoholizma koji je 1951. godine organizirao seminar na kojem su revidirana neka shvaćanja ove bolesti. Ipak tada nije adekvatno riješen niz drugih problema poput dijagnostičkih kriterija, etiologije i psihoterapije alkoholizma. Danas, u okviru DSM IV, postoje dijagnostički okviri za poremećaje izazvane alkoholom, što povlači i sustavniji pristup liječenju ove bolesti i omogućuje sistematično praćenje trendova njene pojavnosti u društvu.

Osnovno djelovanje alkohola očituje se u otežanoj, inhibitornoj transmisiji impulsa u mozgovnim strukturama (Radeljić, 1991). Djelovanje je depresivnog karaktera i dolazi do izražaja najprije u najvišim mozgovnim strukturama što rezultira poremećajem najviših psihičkih funkcija. U daljnjim stadijima alkohol djeluje na motorne i senzorne funkcije korteksa, a potom i na subkortikalne strukture, moždano deblo i produženu moždinu. Naposljetku dolazi do generalne psihomotorne diskoordinacije koja daljnjim ekscesivnim pijenjem može dovesti do komatoznog stanja, pa i smrti.

Nakon ovog pojednostavljenog prikaza djelovanja alkohola na čovjekov organizam, potrebno je istaknuti da nije svaki čovjek koji konzumira alkohol zapravo alkoholičar. Alkoholizam je, prema definiciji, bolest koja nastupa nakon dugog, prekomjernog uživanja alkoholnih pića kad nastupi ovisnost o alkoholu i pojave se oštećenja zdravlja i socijalnih odnosa koji traže liječenje i rehabilitaciju (Hudolin, 1989). Ovisnost se, kao osnovni simptom alkoholizma, manifestira kao neugasiva potreba za uzimanjem alkoholnih pića bez mogućnosti kontrole količine i učestalosti. Period od početka ekscesivnog pijenja, do manifestiranja ovisnosti još uvijek je neodređen i kreće se u intervalu od pet do dvadeset i više godina. Počevši od epizodične konzumacije alkoholnih pića zbog «društva» preko razvoja otpornosti na sve veće količine alkohola (tolerancija) postupan razvoj alkoholizma doseže kritični trenutak pojavom alkoholne amnezije, jednog od zdravstvenih pojava intoksikacije alkoholom. Ovaj simptom najavljuje prelazak u fazu toksikomanskog alkoholizma koju obilježavaju gubitak kontrole i enorman pad nivoa tolerancije, a alkoholne amnezije se intenziviraju. Pojedinaac u toksikomanskoj fazi ne može prekinuti s pijenjem i dolazi do razvoja mehanizma alkoholičarskog opravdavanja i samosažaljevanja zbog racionalizacije osobnog statusa. Naglašenija je i socijalna dezintegracija, a problemi sa obitelji i izvršavanjem radnih zadataka se pojačavaju. Uz rapidno psihičko umaranje naglašeni su poremećaji procesa pamćenja i pažnje u širem smislu. Osim psihičkih disfunkcija, kao posljedica alkoholizma javljaju se i tjelesni poremećaji kao npr. insuficijencije kardiovaskularnog sustava, ciroza jetre, arterijska hipertenzija, upala gušterače, alkoholna demencija zbog atrofije mozga, cerebralne atrofije, alkoholni polineuritis, alkoholna miopatija, alkoholna ambliopsija, epilepsija i dr.

Općenito, uporaba alkoholnih pića ima vrlo dugu povijest. Mnogi sačuvani podaci govore da su u davna vremena, prije nekoliko desetaka tisuća godina, ljudi na različite načine spravljali napitke koji su u sebi sadržavali alkohol. U svakom povijesnom razdoblju alkohol je imao određeno značenje, posebnu društvenu funkciju koja je bila određena običajima tog vremena, tehničkim napretkom i društvenim uređenjem. Popularnost uživanja u alkoholnim pićima se nastavila kroz stoljeća i čovjeku su ona danas dostupnija nego ikad. Konzumacija alkoholnih pića uvijek je bila vezana uz različite običaje, a i danas se prihvaća kao model koji, primjerice, dijete uči od odraslih vrlo rano tijekom odrastanja. U skladu s tim, gotovo da i nema prilike koja se ne bi mogla iskoristiti da se ponudi neko alkoholno piće. Bilo da se radi o slavlju,

tugovanju, odmoru ili završenom poslu, zdravlju ili bolesti obilježavanje konzumacijom alkoholnog pića uvijek je socijalno opravdano. Osim konzumacije vezane uz običaje, često se spominje i prehrambena, terapijska i društvena uloga koju je kroz povijest imalo alkoholno piće. Najduže se ipak zadržava uvjerenje o društvenoj ulozi alkoholnih pića, kao facilitatoru međuljudskih odnosa i simbolu prijateljstva (Hudolin,1989). Istraživanja su pokazala da u onim obiteljima gdje se 'obredno' konzumiraju alkoholna pića; znači poslije ručka, tijekom vikenda ili godišnjeg odmora, i djeca preuzimaju takve obrasce ponašanja i u njih postoji veći rizik da kasnije dođe do zlouporabe alkoholnih pića i do alkoholizma. Kad je riječ o adolescentima, uzrok konzumiranja alkoholnih pića je najčešće vezan uz preuzimanje modela ponašanja iz skupine kojoj pripadaju po dobi, kako bi bili slični ostalima, odnosno »odrasli« i »zreli«. Možemo reći da civilizirano društvo zapravo njeguje običaje alkoholne kulture, a prema njenim postulatima pijenje alkoholnih pića je dozvoljeno sve dok je umjereno i kontrolirano.

2.6.1 Alkoholizam u Hrvatskoj

U Hrvatskoj je problem alkoholizma izuzetno velik (www.hzjz.hr). Trenutačno je registrirano oko 250.000 alkoholičara, a procjenjuje se da se godišnje regrutira oko 8000 novih slučajeva. Budući da je alkoholizam bolest cijele obitelji, pretpostavlja se da od njega, izravno i neizravno, pati oko milijun stanovnika, dakle gotovo četvrtina Hrvatske. Pritom na sedam muškaraca alkoholičara dolaze četiri žene koje imaju problema s alkoholom. U ukupnoj populaciji pacijenata, na Klinici za psihijatriju, alkoholizam i druge ovisnosti Kliničke bolnice »Sestre milosrdnice« danas ima čak 30 posto adolescenata i mlađih punoljetnih osoba koje, osim problema s alkoholom, imaju i zdravstvenih i socijalnih problema. Alkohol je, među našom populacijom, najčešće upotrebljavana psihoaktivna tvar i kad je riječ o adolescentima i u skupini odraslih. Istraživanja su pokazala da je više od 90% adolescenata konzumiralo alkoholna pića. Pritom je porazna činjenica da je više od 30% adolescenata imalo je epizode teškog opijanja, a 3,7 % svakodnevno konzumira alkoholna pića.

Za razliku od drugih zemalja (primjerice SAD) gdje je u zadnje vrijeme raznovrsnim preventivnim akcijama i zakonskim odredbama smanjena konzumacija alkohola među djecom i adolescentima, u Hrvatskoj to nije slučaj. Opći uvid u stanje alkoholizma u državi uobičajeno se dobiva iz podataka o godišnjoj potrošnji alkohola

(Hudolin, 1989.) Sa oko 11 litara čistog alkohola po stanovniku godišnje Hrvatska se u zadnjih nekoliko godina nalazi pri vrhu europskih zemalja po potrošnji alkohola. No, uvid u točan broj alkoholičara ne mogu u potpunosti dati niti pokazatelji potrošnje alkohola, niti se može zaključivati na temelju broja liječenih osoba u zdravstvenim ustanovama. Epidemiološkom bi istraživanju stoga trebalo pridati veću pažnju i na temelju sistematiziranih podataka pristupiti suzbijanju alkoholom izazvanih poremećaja

2.7 CILJ ISTRAŽIVANJA

Stavovi mladih prema psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima uvjetovani su stavovima sredine u kojoj su odgojeni, njihovog kruga vršnjaka, i još ranije, primjerom roditelja i drugih odraslih u okolini. Utjecati na jednom stečeni stav nije jednostavno, stoga je prepoznata važnost mijenjanja kulture koja diskriminira različitosti. Prvi korak u borbi protiv negativnih stavova prema «različitima», a u našem slučaju to su alkoholičari, narkomani i psihički bolesnici, svakako je identifikacija stavova prema njima. Kad je jednom utvrđen stav neke populacije prema ovim objektima, važno je ispitati na osnovu čega bi se taj stav mogao predviđati, odnosno koje su to ključne točke na koje je moguće utjecati ne bi li se stav s vremenom promijenio iz negativnog, stigmatizirajućeg u pozitivan, podržavajući. Nas je zanimalo kakva je mogućnost da se stavovi predviđaju na osnovu atribucija uzroka poremećaja, kontakta s pripadnicima pojedine skupine i samoprocjena znanja o njima. Naime, pokazalo se da osobno iskustvo i kontakt s psihički bolesnim osobama može dovesti i do promjene stavova prema njima. Ne valja zanemariti ni znanje, kao važan čimbenik u razvoju stava prema nekom objektu. Edukacija javnosti o psihičkim poremećajima pokazala se vrlo uspješnom tehnikom u promoviranju pozitivnih stavova prema osobama sa psihičkim poremećajima. Naime, naša slika o psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima većinom je posljedica površnih, netočnih i često dramatičnih informacija koje nam serviraju mediji, pa se pretpostavlja da bi edukacija smanjila efekte stigme i pomogla socijalnoj reintegraciji ovih osoba.

Specifični programi borbe protiv stigmatizacije psihičke bolesti, narkomanije i alkoholizma trebali bi biti usmjereni na širu javnost, počevši od adolescentne dobi, burnog razvojnog perioda kojeg obilježava neumorno preispitivanje samog sebe i autoriteta pri čemu je pojedinac posebno osjetljiv na promjene, bilo da je riječ o obitelji

ili širem socijalnom okruženju. Upravo stoga smo se odlučili da cilj ovog ispitivanja bude identificirati stavove koje prema alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima imaju srednjoškolci.

3. PROBLEMI ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZE

1. Ispitati stavove srednjoškolaca prema psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima, te utvrditi postoje li razlike u stavovima srednjoškolaca prema pripadnicima ovih skupina s obzirom na spol ispitanika.

Hipoteza 1. Pretpostavili smo da će srednjoškolci imati statistički značajno pozitivnije stavove prema psihičkim bolesnicima u odnosu na alkoholičare i narkomane, vjerojatno zbog činjenice da se radi o stanju za koje bolesnik nije sam odgovoran, za razliku od alkoholizma i narkomanije, bolesti uz koje se, barem djelomično, veže vlastita odgovornost. Također, očekujemo statistički značajno pozitivnije stavove prema alkoholičarima u odnosu na narkomane uvjetovane kulturološki, tj. općom socijalnom prihvaćenošću dnevne konzumacije alkohola u ovom podneblju i nasuprot tome, društvenom neprihvaćenošću konzumacije droga. Pretpostavili smo i da će postojati statistički značajan utjecaj spola na razlike u stavovima prema ovim skupinama, u smjeru pozitivnijih stavova ispitanika u odnosu na ispitanike.

2. Ispitati postoje li razlike u:

- a) atribuiranju uzroka psihičke bolesti, alkoholizma i narkomanije prema tri kauzalne dimenzije (mjesto uzročnosti, stabilnost i podložnost kontroli)**
- b) u dosadašnjem kontaktu/iskustvu srednjoškolaca sa psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima**
- c) u samoprocjeni znanja srednjoškolaca o psihičkoj bolesti, narkomaniji i alkoholizmu.**

Uz to ispitati postoji li utjecaj spola ispitanika na atribucije, kontakt i samoprocjenu znanja srednjoškolaca o alkoholizmu, narkomaniji i psihičkoj bolesti.

Hipoteza a. Pretpostavka je da neće biti statistički značajnih razlika u atribucijama srednjoškolaca o mjestu uzročnosti narkomanije, psihičke bolesti i alkoholizma. Naime, sva tri poremećaja su, prema tumačenjima iz literature, uzrokovana jednim dijelom dispozicijski (internalno), a jednim dijelom mogu biti uzrokovana ili potaknuta u vidu okidača, nekim situacijskim faktorima (eksternalno).

Nadalje, mogli bismo očekivati da će ispitanici psihičku bolest, zbog same njene prirode, smatrati statistički značajno manje promjenjivom u vremenu u odnosu na alkoholizam i narkomaniju, bolesti koje se uspješno liječe ako za to postoji snažna volja bolesnika. Što se tiče podložnosti kontroli, očekujemo da će ispitanici pripisivati statistički značajno veću podložnost kontroli kad je riječ o uzroku narkomanije i alkoholizma u odnosu na psihičku bolest, jer se radi o uzrocima, ekscesivnom pijenju ili uzimanju droge, koje je osoba u početku mogla kontrolirati. Statistički značajno manja podložnost kontroli bit će pripisana psihičkoj bolesti vjerojatno zbog svijesti da uzroci psihičkih bolesti nisu u potpunosti razjašnjeni i da kao takvi ne mogu niti biti podložni kontroli. Što se tiče spola, očekujemo da će postojati statistički značajan utjecaj spola na atribucije u smjeru manjeg atribuiranja odgovornosti kod ispitanica u odnosu na ispitanike. Dakle, pretpostavka je da će ispitanice uzroke ovih poremećaja smatrati više eksternalnima i manje podložnima kontroli, a stanja u većoj mjeri promjenjivima u odnosu na ispitanike.

Hipoteza b. Pretpostavka je da će srednjoškolci u dosadašnjem iskustvu imati statistički značajno više kontakata s alkoholičarima nego s narkomanima i psihičkim bolesnicima zbog veće prisutnosti alkoholičara u socijalnoj okolini kao i manifestnosti same bolesti koja ima autentičnu simptomatiku i nedvojbeno jasniju u odnosu na narkomaniju i psihičku bolest. Ne očekujemo statistički značajnu razliku u kontaktu sa pripadnicima pojedine skupine s obzirom na spol ispitanika.

Hipoteza c. Pretpostavka je da će razina znanja koju srednjoškolci smatraju da imaju biti statistički značajno manja kad se radi o psihičkoj bolesti, u odnosu na alkoholizam i narkomaniju. Iako je samo informiranje o psihičkim bolestima unutar školskog programa jednako šturo i nedovoljno, informacije koje nude mediji (reklame, filmovi, novinski članci, različite kampanje i.t.d.), iskustvo i drugi izvori više su na strani rasvjetljavanja problema alkoholizma i narkomanije. I sama razlika u učestalosti ovih poremećaja govori u prilog ovoj pretpostavci. Između samoprocjenjenog znanja o alkoholizmu i narkomaniji ne očekujemo statistički značajnu razliku. Pretpostavka je da neće postojati statistički značajna razlika u samoprocjenama znanja o pojedinom poremećaju s obzirom na spol ispitanika.

3. Ispitati mogućnost predviđanja stavova srednjoškolaca prema psihičkim bolesnicima, alkoholičarima i narkomanima na osnovu kauzalnih atribucija, kontakta i samoprocjene znanja o psihičkoj bolesti, alkoholizmu i narkomaniji.

Hipoteza 3.1. Pretpostavka je da će postojati statistički značajan doprinos kauzalnih atribucija u objašnjavanju varijance stava prema pripadnicima pojedinih skupina. Očekujemo i statistički značajnu povezanost kauzalnih atribucija i stava prema pojedinoj skupini. Pretpostavka je da će ispitanici koji uzrok pojedine bolesti atribuiraju više internalno, procjenjuju ga stabilnijim i podložnijim kontroli imati negativniji stav prema pripadnicima te skupine.

Hipoteza 3.2. Pretpostavka je da će postojati statistički značajan doprinos kontakta u objašnjavanju varijance stava prema alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima. Također, kontakt sa pripadnikom pojedine skupine bit će u statistički značajnoj korelaciji sa stavom o toj skupini.

Hipoteza 3.3. Pretpostavka je da će postojati statistički značajan doprinos samoprocjene znanja u objašnjavanju varijance stava prema alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima. Pretpostavka je i da će postojati statistički značajna povezanost samoprocjene znanja i stava prema pojedinoj skupini u sljedećem smjeru; što je manja samoprocijenjena razina znanja o pojedinoj bolesti, stavovi prema pripadnicima te skupine su negativniji.

4. METODA

4.1 ISPITANICI

U ispitivanju su sudjelovali učenici trećeg razreda nekoliko zagrebačkih srednjih škola. Prilikom odabira škola pokušali smo pokriti čitav raspon, od trogodišnjih obrtničkih tj. industrijskih škola, preko četverogodišnjih tehničkih škola do gimnazija. Uzorak je stratificiran tako da udio učenika pojedine vrste škola u uzorku odgovara udjelu učenika te grupe u ukupnoj populaciji srednjoškolaca Grada Zagreba prema popisu stanovništva Državnog zavoda za statistiku iz 2001. godine. U ukupnoj populaciji srednjoškolaca približno 40% učenika pohađa gimnazije, 40% tehničke škole, a 20% učenika pohađa obrtničke trogodišnje škole (Tablica 1). Uzorak je po uzoru na isti izvor stratificiran i prema spolu (Tablica 2). U ispitivanju su sudjelovali učenici: V. gimnazije, XVIII. gimnazije, Škole za cestovni promet, Obrtničke škole za osobne usluge (frizeri i fotografi), i Škole za medicinske sestre Vinogradska. Ispitivanjem je obuhvaćeno ukupno 317 ispitanika, a obrada je provedena na rezultatima 315 ispitanika koji su potpuno i pravilno ispunili upitnik. Prosječna dob ispitanika je 17 godina (Tablica 3).

Tablica 1. *Struktura srednjoškolske populacije na području Grada Zagreba s obzirom na spol i usmjerenje*

Spol	Industrijske i obrtničke škole		Tehničke i stručne škole		Gimnazije		Ukupno
	broj	%	broj	%	broj	%	broj
Muški	3638	60	8497	60	5291	40	17426
Ženski	2693	40	6435	40	7879	60	17007
Ukupno	6331	100	14932	100	13170	100	34433

Tablica 2. *Struktura ostvarenog uzorka srednjoškolaca s obzirom na spol i usmjerenje*

SREDNJA ŠKOLA	MUŠKI	ŽENSKI	UKUPNO	%
V. gimnazija – prirodoslovno matematička	31	25	56	18
XVIII. gimnazija – jezična	27	49	76	24
UKUPNO ZA GIMNAZIJE	58	74	132	42
Škola za medicinske sestre Vinogradska	7	28	35	11
Škola za cestovni promet – prometni tehničari	36	11	47	15
UKUPNO ZA TEHNIČKE I STRUČNE ŠKOLE	43	39	82	26
Škola za cestovni promet – vozači	46	0	46	14
Obrtnička škola za osobne usluge – frizeri	1	29	30	10
Obrtnička škola za osobne usluge – fotografi	5	20	25	8
UKUPNO ZA INDUSTRIJSKE I OBRTNIČKE ŠKOLE	52	49	101	32
SVEUKUPNO	153	162	315	100

Tablica 3. *Prosječna dob ispitanika*

	N	Raspon dobi	M	σ
Dob ispitanika	315	16 - 19	17,33	0,55

4.2 INSTRUMENTI

U istraživanju je korišten upitnik koji se u cijelosti sastoji od: demografskog upitnika, skale stavova prema psihičkim bolesnicima, alkoholičarima i narkomanima, kauzalnih atribucija za svaku pojedinu bolest, pitanja o iskustvu/kontaktu sa pripadnicima pojedine skupine, te samoprocjene razine znanja o psihičkoj bolesti, narkomaniji i alkoholizmu (Prilog 1).

4.2.1 Demografski upitnik

Ispitanici su prvo ispunjavali kratki upitnik općih podataka. Osim navođenja spola, dobi, razreda, škole i usmjerenja, učenici su zamoljeni da odgovore na otvoreno pitanje o tome kojom bi se konkretno vrstom posla htjeli baviti nakon završenog školovanja (Prilog 1; pitanja od 1. do 5.).

4.2.2 Skala stavova – konstrukcija i predispozicije

Stavovi prema psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima ispitivani su skalom za ispitivanje stavova koja je konstruirana za potrebe Ljetne škole studenata psihologije 2003. koja se bavi problemom stigmatizacije psihičkih bolesnika, narkomana, alkoholičara, homoseksualaca i tjelesnih invalida. Konstruirana je skala za mjerenje stavova putem koje se mjera stava dobiva zbrajanjem odgovora na određeni broj tvrdnji reprezentativnih za stav koji se ispituje. Zadatak ispitanika je, na skali od 1 do 5, odrediti u kojoj se mjeri slažu sa svakom od tvrdnji, pri čemu 1 označava potpuno neslaganje, a 5 potpuno slaganje.

Kao temelj za konstrukciju skale stavova članovi i voditelji Ljetne psihologijske škole održali su 12 fokus grupa vezanih uz psihičke bolesnike, narkomane i alkoholičare i to po dvije sa pripadnicima pojedine skupine, po jednu sa medicinskim osobljem koje se bavi pojedinom skupinom i po jednu sa članovima obitelji pojedine skupine. Voditelj svake od fokus grupa koju je činilo prosječno 8 članova pokušao je tijekom razgovora saznati kakvo je osobno iskustvo i koji su problemi s kojima se susreću pripadnici pojedine skupine, osoblje koje njima bavi i članovi njihove obitelji. Uz to, pokušalo se motivirati grupu da iznese neke ideje o mogućem rješavanju problema pojedine skupine i definira tko bi, od pojedinaca i nevladinih udruga do institucija državne uprave, u tome mogao pomoći. Na osnovu sadržajne analize i kategorizacije odgovora članova svake fokus grupe formulirano je 177 tvrdnji vezanih uz stav prema narkomanima, alkoholičarima i psihičkim bolesnicima. One su činile osnovu za konstrukciju skale tehnikom skalne diskriminacije Edwardsa i Killpatricka. Prvi korak bio je utvrditi jesu li tvrdnje jednoznačne, a zadatak procjenjivača bio je za svaku tvrdnju odrediti u kojoj mjeri ona predstavlja pozitivan odnosno negativan stav prema pojedinom objektu stava. Tvrdnje su procjenjivane na skali od 1 do 11 pri čemu 1 znači da tvrdnja izražava ekstremno negativan stav, a 11 znači da tvrdnja izražava

ekstremno pozitivan stav. Svaku tvrdnju je procijenilo ukupno 22 procjenjivača i na osnovu tih procjena računate su C vrijednosti i poluinterkvartilna raspršenja. Iz daljnjeg izbora prvo su izuzete tvrdnje koje su proglašene nejednoznačnima prema kriteriju vrijednosti poluinterkvartilnog raspršenja većeg od 1. Nakon ovog postupka preostalo je 55 tvrdnji vezanih uz stav prema narkomanima, 24 tvrdnje vezane uz stav prema alkoholičarima i 25 tvrdnji vezanih uz stav prema psihičkim bolesnicima.

Nadalje, kako bi se provjerilo koje su od ovih tvrdnji diskriminativne, odnosno omogućuju razlikovanje ispitanika s obzirom na predmet mjerenja, a istovremeno i sadržajno primjerene za konstrukciju jedne jedinstvene skale stavova prema sve tri skupine, provedeno je pretestiranje. Skala stavova, sastavljena od preostale 104 tvrdnje primijenjena je na 116 ispitanika različitog spola, uzrasta i stupnja obrazovanja.

Tablica 4. *Struktura uzorka ispitanika u pretestiranju s obzirom na obrazovni status*

	Srednjoškolski	Studenti	SSS	VSS i VŠS	Ukupno
Broj ispitanika	16	33	24	37	110
%	15%	30%	22%	33%	100%

* 6 ispitanika nije dalo svoje podatke o obrazovnom statusu

Diskriminativnu valjanost tvrdnji određivali smo na osnovu korelacije pojedine čestice sa ukupnim uratkom na skali stavova. Cilj nam je bio stvoriti što homogeniji i što pouzdaniji mjerni instrument. Od sveukupnog broja čestica (104) za konačan je mjerni instrument izabrano njih 18 koje predstavljaju različite stavove prema psihičkim bolesnicima, alkoholičarima i narkomanima. Kriterij za postupak izbora čestica predstavljala je korelacija pojedine čestice s ukupnim uratkom na skali stavova jednaka ili viša od vrijednosti 0,5. Vodio se računa i o tome da pozitivni i negativni stavovi prema skupinama budu približno podjednako zastupljeni, pa tako konačnu skalu od 18 čestica čini 11 negativnih i 7 pozitivnih stavova (Prilog 1.)

Ukupni rezultat na svakoj skali stavova formiran je kao zbroj bodova svih čestica prema ključu za ocjenjivanje, pri čemu viši rezultat označava negativniji stav prema pojedinom objektu stava. Raspon mogućih rezultata kreće se od 18-90, a srednji rezultat na skali je 54.

Pouzdanost skale stavova izražen preko koeficijenta unutarnje konzistencije iznosi (Prilog 2.):

- | | |
|---|--------------|
| - kad je objekt stava alkoholičar | Alpha = 0,86 |
| - kad je objekt stava narkoman | Alpha = 0,88 |
| - kad je objekt stava psihički bolesnik | Alpha = 0,87 |

4.2.3 Atribucije uzroka psihičke bolesti, narkomanije i alkoholizma

Atribuiranje uzroka psihičke bolesti, narkomanije i alkoholizma ispitivano je preko 3 kauzalne dimenzije. Mjesto uzročnosti odnosi se na lokaciju uzroka, a ispituje se putem skale od 1 do 7 na kojoj je ispitanikov zadatak bio procijeniti je li uzrok pojedine bolesti više vezan uz karakteristike same osobe (internalan) ili karakteristike situacije (eksternalan). Sljedeća kauzalna dimenzija je stabilnost koja se odnosi na promjenjivost uzroka u toku vremena, a ispituje se skalom procjene od 1 do 7 pri čemu je zadatak ispitanika bio procijeniti je li pojedina bolest više promjenjivo ili nepromjenjivo stanje. Treća dimenzija, podložnost kontroli ispituje se također putem skale procjene od 1 do 7, pri čemu je zadatak ispitanika bio procijeniti je li pojedina bolest nešto na što je osoba mogla utjecati svojom voljom ili ne (Prilog 1.).

4.2.4 Iskustvo/kontakt s alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima

Nakon kauzalnih atribucija slijede pitanja vezana uz eventualni kontakt sa pripadnicima pojedine skupine u dosadašnjem iskustvu. Ispitanik koji je imao kontakt sa pripadnikom neke od skupina trebao je, da bi odgovorio na sljedeće pitanje, od ponuđenih odgovora izabrati varijantu koja definira o kome se točno radilo; da li o članu uže ili šire obitelji, prijatelju, susjedu i slično (Prilog 1.).

4.2.5 Samoprocjena razine znanja o alkoholizmu, narkomaniji i psihičkoj bolesti

Ispitanikov sljedeći zadatak bio je procijeniti svoje znanje o alkoholizmu, narkomaniji i psihičkoj bolesti zaokružujući vrijednost na skali od 1 do 7 pri čemu 1 predstavlja malo znanje, a 7 veliko znanje o skupini. Sljedeće se pitanje odnosi na moguće izvore znanja o skupinama, a ispitanikov zadatak bio je, među ponuđenim odgovorima, zaokružiti izvore svog znanja kad je riječ o svakoj pojedinoj skupini (Prilog 1.).

4.3 POSTUPAK

Ispitivanje je provedeno grupno, u terminima redovne nastave u razredima srednjih škola tijekom svibnja 2003. godine. Nakon nekoliko uvodnih riječi, pozdrava i predstavljanja ispitivača, ispitanicima je ukratko objašnjena svrha ispitivanja te ih se uputilo u način rješavanja upitnika. Pritom je naglašena važnost pažljivog čitanja i razumijevanja upute koja prethodi svakom instrumentu. S obzirom da se radi o osjetljivoj socijalnoj problematici ispitanicima je dodatno istaknuto da je njihova anonimnost osigurana što podrazumijeva korištenje njihovih rezultata samo u istraživačke svrhe. Ispitanicima je rečeno da, u slučaju neke nejasnoće prilikom popunjavanja upitnika, mogu podići ruku kako bi ispitivač došao do njih i pomogao im. Nakon toga ispitanici su započeli s ispunjavanjem upitnika. Iako vrijeme za popunjavanje upitnika nije bilo ograničeno, većina ispitanika završila je s radom u 15 minuta.

Redoslijed zadavanja skala stavova, atribucija, pitanja o iskustvu te samoprocjene znanja zasebno za psihičke bolesnike, narkomane i alkoholičare variran je unutar svakog razreda kako bi se neutralizirao eventualni utjecaj redoslijeda primjene skala.

5. OBRADA REZULTATA I RASPRAVA

Pri obradi podataka korišteni su parametrijski statistički postupci jer smo provjerom normaliteta raspodjela utvrdili da se rezultati na skalama stavova distribuiraju u skladu s normalnom raspodjelom.

Učenike različitih srednjih škola odnosno usmjerenja nismo razdvajali pri obradi podataka jer smo analizom varijance utvrdili da se njihovi odgovori na svakoj pojedinoj skali stavova značajno ne razlikuju (alkoholizam: $F=0,601$; $p=0,549$; narkomanija: $F=2,570$; $p=0,078$; psihička bolest: $F=0,607$; $p=0,546$). (Prilog 3.)

5.1 STAVOVI SREDNJOŠKOLACA PREMA ALKOHOLIČARIMA, NARKOMANIMA I PSIHIČKIM BOLESNICIMA S OBZIROM NA SPOL ISPITANIKA

Prvi problem istraživanja bio je ispitati postoje li statistički značajne razlike u stavovima srednjoškolaca prema alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima uzevši u obzir spol ispitanika.

Na osnovu rezultata ispitanika na skalama stavova prema alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima dobivene su deskriptivne vrijednosti, prikazane u Tablici 5.

Tablica 5. Deskriptivna statistika za stavove prema alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima s obzirom na spol ispitanika.

STAV PREMA PRIPADNIKU SKUPINE	MUŠKI		ŽENSKI		UKUPNO	
ALKOHOLIČAR	M	49,46	M	51,79	M	50,66
	σ	10,94	σ	10,94	σ	10,99
NARKOMAN	M	57,93	M	53,60	M	55,71
	σ	13,07	σ	12,41	σ	12,90
PSIHIČKI BOLESNIK	M	48,24	M	46,52	M	47,36
	σ	11,00	σ	9,95	σ	10,49
N	153		162		315	

Iz prikaza deskriptivnih vrijednosti vidljivo je da su dobiveni prosječni rezultati na skali stavova o alkoholičarima ($M=50,7$) i skali stavova o psihičkim bolesnicima ($M=47,4$) niži od srednjeg rezultata na svim skalama stavova koji iznosi $M=54$, koji predstavlja zapravo teorijski prosjek, a podrazumijeva neutralan odgovor ispitanika („niti se slažem, niti se ne slažem“) na svaku tvrdnju. Za razliku od toga, kad je riječ o skali stavova o narkomanima, prosječni rezultat ispitanika ($M=55,7$) nešto je viši od srednjeg rezultata na skali stavova. S obzirom da dobivene srednje vrijednosti stavova govore zapravo o gotovo neutralnom stavu, sa vrlo malom naznakom usmjerenja za svaku pojedinu skupinu, moguće je da su ispitanici izbjegavali odabir ekstremno negativnih odgovora, što bi bilo moguće objasniti njihovom tendencijom davanja socijalno poželjnih odgovora. Naime, u ispitivanjima stavova uočena je sklonost ispitanika da daju pristrane, socijalno poželjne odgovore na upitnicima i skalama, tj. odgovore koji ne odražavaju njihove prave stavove, već njihovu težnju da svoje stavove prikažu socijalno poželjnima. Davanje takvih odgovora proizlazi iz potrebe čovjeka za socijalnim odobravanjem i socijalnim priznanjem (prema Pennington, 1997). S druge strane, radi se o sumativnim skalama stavova gdje ista suma može biti rezultat različitih odgovora, pa tako i ekstremno pozitivnih odgovora na neke tvrdnje i ekstremno negativnih odgovora na neke druge. Da bismo provjerili radi li se o izbjegavanju ekstremnih odgovora ili su ispitanici koristili čitav raspon skale, za svaku skalu stavova analizirali smo postotke pojedinih odgovora na svakoj čestici (Prilog 4.). Tako prosječni rezultat na skali stavova prema alkoholičarima ponajviše određuju visoki postoci neutralnih odgovora ispitanika koji se pojavljuju na većini tvrdnji. Odgovori na ostale tvrdnje više su u smjeru pozitivnih stavova prema alkoholičarima, što se očituje i u srednjoj vrijednosti koja ukazuje na blago pozitivan stav prema alkoholičarima. Nadalje, prosječni rezultat na skali stavova prema narkomanima, uz visoke postotke neutralnih odgovora ispitanika koji se pojavljuju na nekim tvrdnjama, određuju i postoci visokog slaganja i visokog neslaganja s podjednakim brojem tvrdnji, pa se ekstremnost pojedinih odgovora prilikom sumacije gubi. Naposljetku, prosječni rezultat na skali stavova prema psihičkim bolesnicima određuju visoki postoci neutralnih odgovora ispitanika na čak polovici tvrdnji, ali i odgovori na ostale tvrdnje koji su više u smjeru pozitivnih nego negativnih stavova prema psihičkim bolesnicima. Ovi pozitivni stavovi značajno utječu na prosječnu vrijednost stava koja općenito ukazuje na blago pozitivan stav prema psihičkim bolesnicima.

5.1.1 Analiza profila stavova srednjoškolaca prema psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima.

Da bismo detaljnije mogli analizirati stav srednjoškolaca prema pojedinoj skupini prikazali smo srednje rezultate na česticama svake skale stavova u obliku profila (Slika 1).

Profili stava prema alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima prikazani zajedno, već na prvi pogled govore da se, slikovito rečeno, srednje vrijednosti stavova prema alkoholičarima i narkomanima na nekim tvrdnjama «drže zajedno», a od njih, u smjeru pozitivnijeg stava, odskaču srednje vrijednosti stavova prema psihičkim bolesnicima. To je slučaj sa tvrdnjama «Dobro je što se...bore za svoja prava», «Poštujem ... kao ljude» i «...ne zaslužuju toliku brigu društva.»

Nadalje, za neke tvrdnje poredak srednjih vrijednosti stavova prema tri skupine podrazumijeva najnegativnije stavove prema narkomanima, manje negativne prema alkoholičarima i najmanje negativne stavove prema psihičkim bolesnicima. Primjerice, srednjoškolci se donekle slažu da imaju «...vrlo negativno mišljenje o ...» kad je riječ o narkomanima, manje se slažu s tom tvrdnjom kad je riječ o alkoholičarima i najmanje kad je riječ o psihičkim bolesnicima. Kad se radi o susretanju na javnim mjestima (tvrdnja br.12) poredak je isti, a i kad je riječ o razini ljutnje (tvrdnja br. 4) koju ispitanici osjećaju prema pripadnicima ovih skupina, samo što je cjelokupan poredak pomaknut malo udesno, u područje neslaganja sa tvrdnjom.

Lošiji položaj narkomana u odnosu na alkoholičare i psihičke bolesnike, očigledan je u tvrdnjama na kojima su prosječni odgovori za alkoholizam i psihičku bolest podjednaki, a za narkomaniju se razlikuju dosljedno u smjeru negativnijeg stava. To je slučaj sa tvrdnjama koje zapravo ispituju socijalnu distancu ispitanika spram pripadnika ovih skupine: «... bi trebalo izbjegavati», «Nikad nisi siguran u društvu ...», «Kad bih za nekog poznanika saznao da je postao ... počeo bih ga izbjegavati» i «Nastojim izbjeći bilo kakvo druženje sa ...». Zanimljiv je i podatak da se ispitanici manje boje (tvrdnja br. 5) alkoholičara u odnosu na narkomane i psihičke bolesnike kojih se boje podjednako. Razlog tome je vjerojatno manji kontakt ostvaren sa ove dvije skupine u dosadašnjem iskustvu, o čemu će više riječi biti kasnije u raspravi.

Naposljetku, iste prosječne vrijednosti odgovora za sve tri skupine pojavile su se na tri tvrdnje. Pritom su prosječni odgovori na dvije tvrdnje (tvrdnje br. 3 i 16), koje

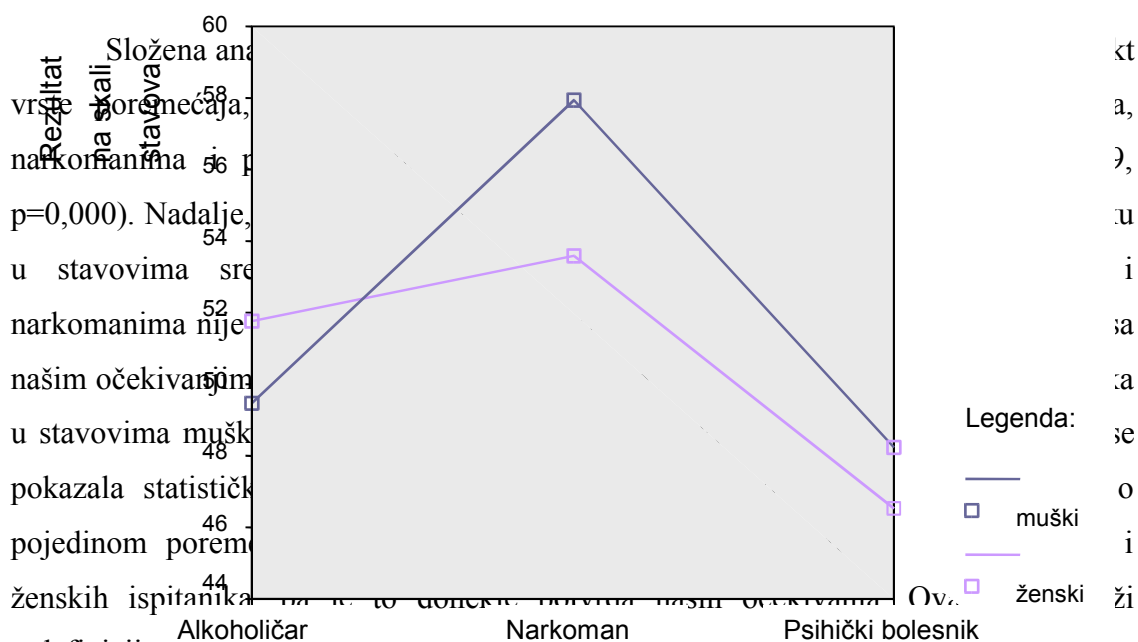
bi se mogle razumjeti kao socijalna distanca, neutralni, a na jednoj ukazuju na pozitivan stav (tvrdnja br. 9). Naime, srednjoškolci su jednako neutralno odgovorili na tvrdnju o nelagodi u društvu bilo da je riječ o psihičkim bolesnicima, narkomanim ili alkoholičarima, a istovremeno se podjednako ne slažu s tim da bi se osoba, bilo alkoholičar, narkoman ili psihički bolesnik trebala truditi da bolest sakrije. Ovakvi odgovori na tvrdnje o socijalnoj distanci mogli bi se objasniti općom tendencijom da se tolerira bolest nekog člana društva, ukoliko se sa tim članom ne mora osobno susretati u javnosti, a još manje biti u njegovoj bližoj okolini (ili kad bi doslovno preveli englesku frazu: sve prolazi, samo ako se ne događa «u mom dvorištu»).

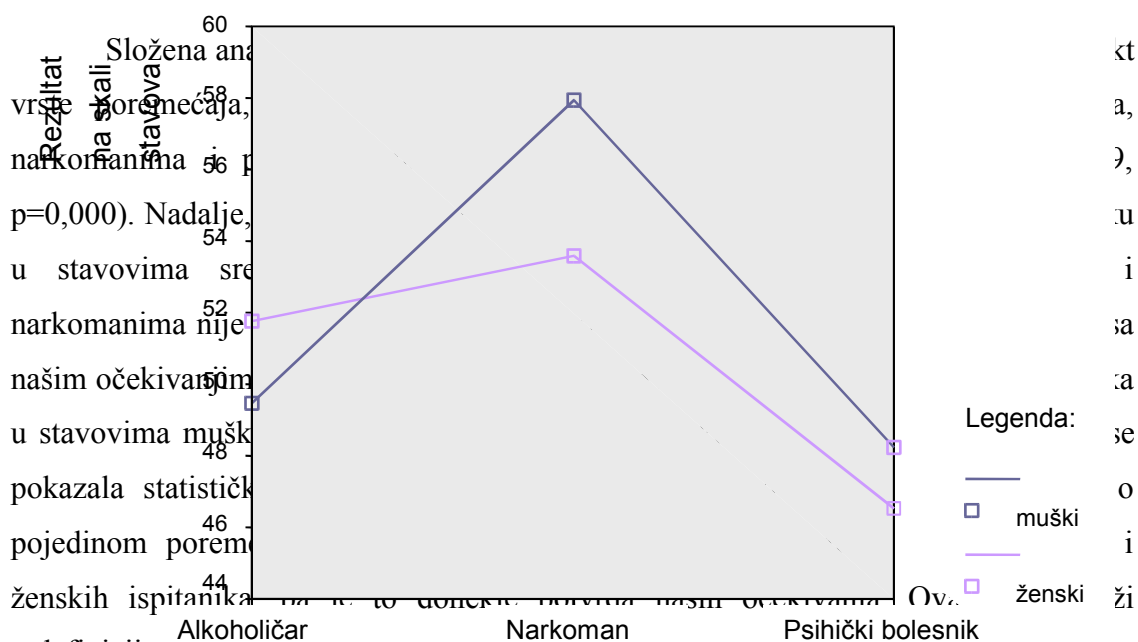
Iako su, kao što smo već napomenuli, prosječne vrijednosti stavova blizu neutralne vrijednosti, može se uočiti određeni trend; srednjoškolci općenito imaju blago pozitivan stav prema alkoholičarima i psihičkim bolesnicima, a istovremeno blago negativan stav prema narkomanima.

Slijedeći korak u odgovoru na 1. problem bio je ispitati postoje li statistički značajne razlike u stavovima srednjoškolaca prema alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima s obzirom na spol ispitanika. Da bismo to provjerili primijenili smo postupak složene analize varijance.

Tablica 6. Završna tablica analize varijance stavova prema alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima

	SUMA KVADRATA	S.S.	Prosječna suma kvadrata	F	p
GLAVNI EFEKT VRSTE POREMEĆAJA (zavisni efekt)	11257,687	2	5628,843	69,879	0,000
GLAVNI EFEKT SPOLA (nezavisni efekt)	363,112	1	363,112	1,575	0,210
INTERAKCIJA (vrsta poremećaja x spol)	1769,703	2	884,852	10,985	0,000

Slika 2.  Složena analiza varijance vrste poremećaja, narkomanima (p=0,000). Nadalje, u stavovima srednjoškolaca prema narkomanima nije našim očekivanjima u stavovima muškaraca pokazala statistički značajnu interakciju pojedina poremećaja i spol. Ženskih ispitanika redefiniciju utjecaja spola na stavove prema skupinama. Naime, iz grafičkog prikaza interakcije očito je da je poredak stavova i za muške i za ženske ispitanike isti.



Najnegativniji stavovi odnose se na narkomane, pa zatim na alkoholičare, a najmanje negativni stavovi izraženi su u odnosu na psihičke bolesnike. Međutim, kad je riječ o poremećajima pojedinačno već i vizualnom inspekcijom rezultata mogu se uočiti neke razlike među spolovima. Da bismo provjerili koje su od tih razlika statistički značajne primijenili smo t-test za nezavisne uzorke.

Rezultati pokazuju da, kad je riječ o narkomaniji, ispitanice imaju statistički značajno pozitivnije stavove od ispitanika ($t=3,015$, S.S.=313, $p=0,003$). I stav prema alkoholičarima se razlikuje ovisno o spolu ispitanika ali u drugom smjeru, dakle, ispitanici imaju statistički značajno pozitivniji stav prema alkoholičarima ($t=-1,886$, S.S.=313, $p=0,050$). Kad je riječ o psihičkoj bolesti ne postoji razlika u stavu među spolovima ($t=1,454$, S.S.=313, $p=0,157$). Naime, za razliku od narkomana prema kojima su ispitanice bile benevolentnije, kad se radi o alkoholičarima, ispitanici imaju pozitivniji stav od ispitanica. Ovakav rezultat zapravo ne čudi uzmemo li u obzir da je alkoholizam još uvijek muška bolest sa gotovo dvostruko višom učestalošću ovog poremećaja u muškoj populaciji (procjenjuje se da na 7 muškaraca alkoholičara dolaze oko 4 žene). Prema podacima iz literature, u nas se alkoholizam kod žena javlja rjeđe nego kod muškaraca zbog društvenog položaja žena i različitih običaja u vezi s pijenjem alkoholnih pića među spolovima (Hudolin, 1989.). Kako se u društvu mijenja položaj žena, tako se povećava i broj žena alkoholičara, a u nekim razvijenim zemljama taj je odnos izjednačen; na jednog muškarca alkoholičara dolazi jedna žena. No, kod nas je alkohol još uvijek nešto za čim u različitim prilikama češće posežu muškarci, pa je time moguće i objasniti njihove pozitivnije stavove prema alkoholičarima.

S obzirom na utvrđen statistički značajan utjecaj interakcije spola i vrste poremećaja na razlike u stavovima ispitanika prema psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima daljnju obradu rezultata razdvojili smo prema spolu. Zanimalo nas je između kojih stavova postoji statistički značajna razlika za svaki spol posebno.

5.1.2 Razlike u stavovima srednjoškolaca prema psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima

Usporedba stavova ispitanika prema narkomanima i psihičkim bolesnicima pokazuje da između ta dva stava postoji statistički značajna razlika u smjeru

pozitivnijih stavova prema psihičkim bolesnicima u odnosu na narkomane ($t=7,739$, $S.S.=152$, $p=0,000$). Nadalje, dobivena je i statistički značajna razlika između stavova prema alkoholičarima i narkomanima koja govori o pozitivnijim stavovima srednjoškolaca prema alkoholičarima u odnosu na narkomane ($t=-8,786$, $S.S.=152$, $p=0,000$). Naposljetku, razlika između stavova srednjoškolaca prema psihičkim bolesnicima i alkoholičarima nije se pokazala statistički značajnom ($t=1,187$, $S.S.=152$, $p=0,237$). Uzmemo li u obzir sve dobivene rezultate, možemo zaključiti da srednjoškolci imaju statistički značajno negativnije stavove prema narkomanima u odnosu na alkoholičare i psihičke bolesnike. Ovaj rezultat djelomično se slaže s našom polaznom hipotezom. Naime, pozitivniji stav prema psihičkim bolesnicima u odnosu na narkomane vjerojatno je uvjetovan usporedbom sa narkomanima koji su prema samoj definiciji razvoja bolesti ovisnosti, doveli sebe do tog stanja. U skladu s time, očekivali bismo i statistički značajno negativnije stavove prema alkoholičarima u odnosu na psihičke bolesnike, što se nije pokazalo. Naime, vlastita odgovornost koju bi ispitanici mogli vezati uz razvoj alkoholizma i narkomanije bila bi razlog negativnijim stavovima prema alkoholičarima i narkomanima. Međutim, ispitanici alkoholičare ne doživljavaju različitima od psihičkih bolesnika, što je s jedne strane moguće objasniti njihovom percepcijom da se i u jednom i u drugom slučaju radi o bolesti i da vlastita odgovornost kod razvoja alkoholizma ne igra ulogu. S druge strane, kao što je već rečeno, alkoholizam je muška bolest, muškarci za alkoholom u najrazličitijim prilikama posežu češće nego žene, a količina konzumiranog alkohola i tolerancija na nj često se među muškarcima smatra mjerilom snage i muškosti (Hudolin, 1989).

5.1.3 Razlike u stavovima srednjoškolki prema psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima.

Usporedba stavova ispitanica prema narkomanima i psihičkim bolesnicima pokazuje da između ta dva stava postoji statistički značajna razlika u smjeru pozitivnijih stavova prema psihičkim bolesnicima u odnosu na narkomane ($t=6,737$, $S.S.=161$, $p=0,000$). Nadalje, i razlika između stavova srednjoškolki prema psihičkim bolesnicima i alkoholičarima pokazala se statistički značajnom ($t=5,465$, $S.S.=161$, $p=0,000$). Naposljetku, dobivena je i statistički značajna razlika između stavova prema alkoholičarima i narkomanima koja govori o pozitivnijim stavovima srednjoškolki prema alkoholičarima u odnosu na narkomane ($t=-2,355$, $S.S.=161$, $p=0,020$).

Iz dobivenog možemo zaključiti da srednjoškolke imaju najpozitivnije stavove prema psihičkim bolesnicima, zatim statistički značajno manje pozitivne stavove prema alkoholičarima i statistički značajno najnegativnije stavove prema narkomanima. Ovaj rezultat slaže se s našom polaznom hipotezom, kojom smo pretpostavili da će «poredak» stavova od najnegativnijeg do najpozitivnijeg biti upravo ovakav. Najpozitivniji stav prema psihičkim bolesnicima vjerojatno je uvjetovan usporedbom sa narkomanima i alkoholičarima koji su, prema samoj definiciji razvoja bolesti ovisnosti, doveli sebe do tog stanja što za ostale psihičke poremećaje ipak nije slučaj. Razlog negativnijim stavovima prema alkoholičarima i narkomanima vjerojatno je vlastita odgovornost koju ispitanice mogu vezati uz razvoj alkoholizma i narkomanije. Istovremeno, stav ispitanica prema alkoholičarima je statistički značajno pozitivniji od stava prema narkomanima, pa možemo pretpostaviti da je razina odgovornosti koju ispitanice vežu uz ova dva poremećaja različita. Alkoholizam je možda za ispitanice prihvatljiviji jednostavno zbog njegove veće pojavnosti u odnosu na narkomaniju u našem podneblju.

Iako je ispitivanje sličnih problema u literaturi vrlo rijetko, rezultati nekih novijih ispitivanja stavova prema psihičkim bolesnicima djelomice potvrđuju nalaze dobivene na ženskom uzorku. Naime, u opsežnom ispitivanju stavova britanske odrasle populacije dobiveno je da su oboljeli od shizofrenije, alkoholičari i narkomani procijenjeni jednako nepredvidivima i opasnim, ali se uz zadnja dva veže još i vlastita krivnja za bolest (Crisp i sur., 2000). I Ritson (1999) potvrđuje da su, bez obzira na veliku učestalost ovih problema danas, narkomani i alkoholičari često stigmatizirani od strane javnosti, zbog percepcije njihove odgovornosti za stanje u kojem se nalaze zbog čega se smatra da manje zaslužuju pomoć od oboljelih od drugih psihičkih bolesti. Nadalje, postoji mogućnost da različit stav ispitanika prema psihičkim bolesnicima na jednoj i narkomanima i alkoholičarima na drugoj strani proizlazi iz njihovog različitog shvaćanja ova tri stanja. Naime, premda su klasificirane kao psihički poremećaji (DSM IV, 1996), ovisnost o drogi i alkoholu možda se, većinski gledano, ne doživljavaju kao psihička bolest. Premda bi to riješilo ovu nedoumicu, u našem istraživanju nismo ispitali kako ispitanici točno shvaćaju ova stanja. Ipak, povod za ovu pretpostavku bila je reakcija Heima (2000) na spomenuto istraživanje Crispa i sur. (2000) koja je zapravo kritika same koncepcije istraživanja u kojem su bolesti ovisnosti tretirane jednako kao i ostale psihičke bolesti. Iako autor razumije opću potrebu medicinske struke za klasifikacijom i razjašnjenjem samih dijagnostičkih kriterija, ovo istraživanje smatra

potencijalno stigmatizirajućim. Naime, alkoholizam i ovisnost o drogama su u istraživanju tretirani psihičkim bolestima kao da je to općeprihvaćena istina među znanstvenicima i stručnjacima što, prema riječima autora, nije slučaj. Dakle, ako među autoritetima medicinske znanosti ne postoji slaganje, opravdano je pretpostaviti da i među općom populacijom, pa tako i srednjoškolcima ne postoji slaganje u koncepciji ovih poremećaja. U nekom budućem istraživanju svakako bi trebalo krenuti od podataka o tome kako ciljna populacija shvaća ovisnost o alkoholu i drogama.

I hipoteza o statistički značajno pozitivnijim stavovima srednjoškolaca prema alkoholičarima u odnosu na narkomane također je u istraživanju potvrđena (kod ispitanika: $t=-8,786$, S.S.=152, $p=0,000$; kod ispitanica: $t=-2,355$, S.S.=161, $p=0,020$). Pretpostavili smo da će stav prema alkoholičarima biti znatno pozitivniji upravo zbog socijalne prihvaćenosti konzumacije alkohola koja je, barem kad je riječ o ovom podneblju, dnevno prisutna i prati sve prilike bilo da je riječ o sretnim ili manje sretnim okolnostima (Hudolin, 1989). Uz to pozitivniji stavovi bi se mogli objasniti i većom mogućnošću identifikacije srednjoškolaca, bilo ženskih bilo muških, sa sredstvom ovisnosti, jer, premda zastrašujuće zvuči, činjenica je da je više od 30% adolescenata imalo epizode teškog opijanja, a čak 3,7% svakodnevno konzumira alkoholna pića (<http://www.hzjz.hr>).

Alkoholizam, kada je jednom dijagnosticiran, izaziva odbacivanje oboljelog od strane obitelji i šire zajednice, međutim, do same potvrde bolesti često prođe dugo vrijeme koje uključuje poricanje, socijalno opravdavanje i nekritičnost okoline u smislu ne pridavanja odgovarajuće pažnje ekscesivnom pijenju neke osobe. Dakle, alkoholizam kao bolest ovisnosti počinje često puno prije same dijagnoze, ali okolina je sklona davanju dvostrukih poruka o tome. Fina i često neprimjetljiva granica između onog koga društvo karakterizira kao nekog «tko samo voli malo više popiti» i nekog tko je alkoholičar može utjecati na stav spram alkoholičara i učiniti ga pozitivnijim od stava prema narkomanima. Potvrdu dobivenih rezultata nalazimo i u istraživanju Novaka i sur. (2002) koji su kod 2266 adolescenata iz Chicaga, između ostalog, ispitali razinu percepcije štetnosti upotrebe različitih psihoaktivnih tvari (alkohola, marihuane, teških droga). Rezultati istraživanja pokazuju da je uporaba alkohola procijenjena statistički značajno manje štetnom od uporabe teških droga.

5.2 ATRIBUCIJE UZROKA, KONTAKT I SAMOPROCJENA ZNANJA SREDNJOŠKOLACA O ALKOHOLIZMU, NARKOMANIJI I PSIHIČKOJ BOLESTI

5.2.1 Kauzalne atribucije

Da bismo odgovorili na prvi dio 2. problema ispitali smo postojanje eventualnih razlika među kauzalnim atribucijama srednjoškolaca o psihičkoj bolesti, alkoholizmu i narkomaniji s obzirom na spol ispitanika. Pritom je primijenjen postupak složene analize varijance, za svaku od tri kauzalne dimenzije: mjesto uzročnosti, stabilnost i podložnost kontroli.

5.2.1.1 Atribucije srednjoškolaca o mjestu uzročnosti psihičke bolesti, narkomanije i alkoholizma s obzirom na spol.

Tablica 7. Deskriptivne vrijednosti atribucija mjesta uzročnosti s obzirom na spol

atribucija mjesta uzročnosti	MUŠKI		ŽENSKI		UKUPNO	
ALKOHOLIČAR I	M	3,49	M	3,78	M	3,64
	σ	1,64	σ	1,41	σ	1,53
NARKOMANI	M	3,81	M	3,99	M	3,90
	σ	1,78	σ	1,60	σ	1,69
PSIHIČKI BOLESNICI	M	3,65	M	3,89	M	3,78
	σ	1,39	σ	1,38	σ	1,39
N	150		159		309	

LEGENDA:

M = aritmetička sredina

σ = standardna devijacija

N = broj ispitanika

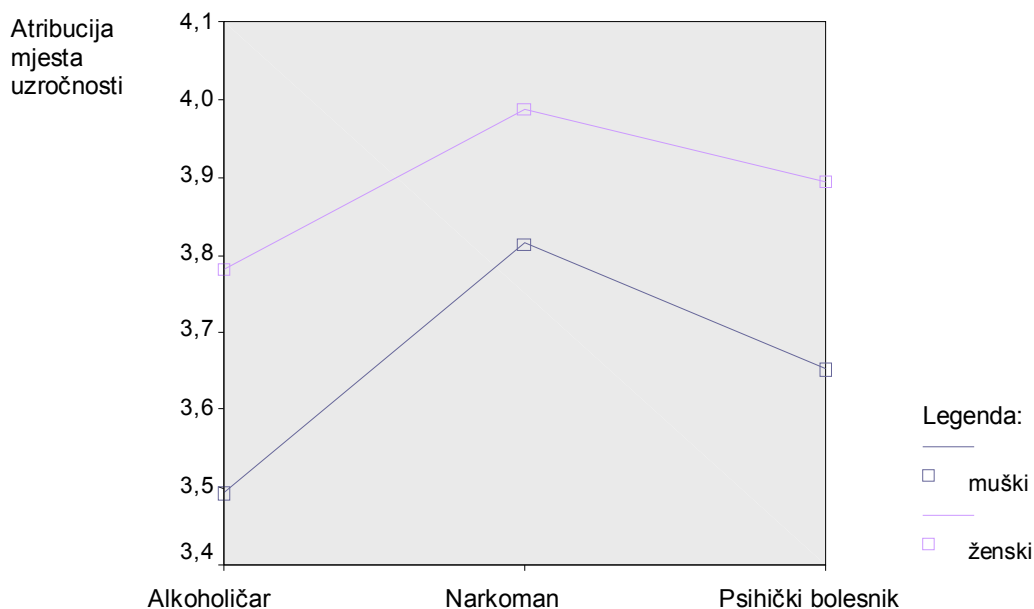
Na osnovu prosječne atribucije uzroka za pojedini poremećaj (Tablica 7.) mogli bismo zaključiti da su srednjoškolci uzroke svih poremećaja pripisivali gotovo podjednako karakteristikama osobe (internalno), i karakteristikama situacije (eksternalno) ($M_{alk}=3,64$, $M_{psi}=3,78$, $M_{nar}=3,90$). Međutim, kao i kod stavova, zanimalo nas je koriste li ispitanici i u kojoj mjeri čitav raspon odgovora. Analizirali smo atribuciju mjesta uzročnosti prema postocima pojedinih odgovora za svaki poremećaj (Prilog 4). Dobiveni rezultati govore da, iako ispitanici u sva tri slučaja koriste cijeli raspon odgovora, daleko najveći postotak u odnosu na druge vrijednosti ima skalna vrijednost 4 odnosno središnja vrijednost skale koja ukazuje na podjednako vezanje uzroka alkoholizma, narkomanije i psihičke bolesti uz karakteristike osobe i karakteristike okoline. Pritom se za srednju skalnu vrijednost kad je riječ o narkomaniji odlučilo 36% ispitanika, kad je riječ o alkoholizmu 42% ispitanika, a kad je riječ o psihičkoj bolesti ukupno 45,7% ispitanika. Osigurani ovom analizom, možemo zaključiti da srednjoškolci zaista u najvećem broju smatraju da su uzroci sva tri poremećaja podjednako vezani uz osobu i uz okolinu.

Nadalje, zanimalo nas je razlikuju li se atribucije srednjoškolaca o mjestu uzročnosti statistički značajno s obzirom na poremećaj i spol ispitanika.

Tablica 8. Završna tablica analize varijance atribucije mjesta uzročnosti za narkomane, alkoholičare i psihičke bolesnike

	SUMA KVADRATA	S.S .	Prosječni a suma kvadrata	F	p
GLAVNI EFEKT VRSTE POREMEĆAJA (zavisni efekt)	10,745	2	5,373	2,699	0,068
GLAVNI EFEKT SPOLA (nezavisni efekt)	12,620	1	12,620	4,042	0,045
INTERAKCIJA (vrsta poremećaja x spol)	0,493	2	,246	0,124	0,884

Slika 3. Grafički prikaz interakcije vrste poremećaja i spola kod atribucije mjesta uzročnosti za alkoholičare, narkomane i psihičke bolesnike



Složena analiza varijance je pokazala da glavni efekt vrste bolesti nije statistički značajan, odnosno da se atribucije mjesta uzročnosti s obzirom na poremećaj ne razlikuju statistički značajno ($F=2,699$, $p=0,068$). Tek je glavni efekt spola granično statistički značajan, što podrazumijeva da se ispitanici od ispitanica značajno razlikuju u atribucijama mjesta uzročnosti prema ove tri skupine ($F=4,042$, $S.S.=0,05$). Vizualnom inspekcijom deskriptivnih rezultata, kao i na grafičkom prikazu interakcije možemo uočiti da ispitanice dosljedno sve poremećaje atribuiraju više eksternalno od ispitanika, no rezultati analize varijance ukazuju na to da ne postoji statistički značajna razlika u atribucijama mjesta uzročnosti s obzirom na spol ispitanika kad se radi o pojedinom poremećaju ($t_{alk}=-1,419$, $S.S.=310$, $p=0,157$, $t_{nar}=-0,717$, $p=0,474$, $t_{psi}=-1,591$, $S.S.=310$, $p=0,113$).

Rezultati su potvrdili našu pretpostavku. Prema tumačenjima literature (DSM IV, 1996), za svaki od ova tri poremećaja postoje dokazi da su jednim dijelom za njihov razvoj zaslužni dispozicijski faktori (karakteristike osobe), a jednim dijelom situacijski faktori (karakteristike okoline). Primjerice, za razvoj bolesti ovisnosti može postojati određena urođena sklonost premda se sama bolest ne može naslijediti. Veliku

važnost u početku razvoja bolesti ovisnosti imaju utjecaji iz okoline, bilo da se radi o nekim stresogenim događajima, bilo da se radi o utjecaju nekog naučenog ponašanja koje se u okolini smatra društveno opravdanim pa čak i poželjnim, kakav je slučaj s konzumacijom alkohola (Hudolin, 1989). Kad je pak riječ o drugim vrstama psihičke bolesti, za uzrocima nekih od njih još se i danas traga, osobito na biološkom planu, sa ciljem da se identificira genetička podloga zaslužna za pojavu određene psihičke bolesti (Phelan, 2002). No, niti ovdje ne valja zanemariti okolinske utjecaje koji, posebno ako su stresogenog karaktera, mogu djelovati kao okidač u razvoju psihičke bolesti (Dacey i Kenny, 1994). Kad je riječ o uzrocima shizofrenije, rezultati istraživanja su različiti; u istraživanju Stuarda i sur. (2001) o stavovima zajednice prema oboljelima od shizofrenije, provedenom na slučajnom uzorku od 1653 stanovnika ruralnih i urbanih područja Kingstona, dvije trećine ispitanika smatralo je da je uzrok shizofrenije biološki. Za razliku od toga, u istraživanju Shibre-a i sur. (2001) o percepciji stigme članova obitelji oboljelih od shizofrenije, koje je pokrilo uzorak od 178 stanovnika tradicionalne ruralne Etiopije, čak je 30% ispitanika uzrok shizofrenije pripisalo nadnaravnim silama. Ono što je, prema riječima Harrop-a (2001), zanemareno a ide u prilog uvažavanju okolinskih utjecaja na razvoj shizofrenije jest činjenica da se prva epizoda bolesti obično pojavljuje u periodu adolescencije. Potvrđeno je da u toj razvojnoj fazi postoji više značajnih izvora stresa, kojih prema Newcombu i sur. (1981, prema Dacey i Kenny, 1994) ima sedam; obitelj, nesreća/bolest, seksualnost, autonomnost, devijantnost, promjena lokacije i distres (nezadovoljstvo tjelesnim izgledom, loš uspjeh u školi). Pretpostavlja se da je pojava psihoze u adolescenciji rezultat «bloкаде», nemogućnosti vulnerabilnih pojedinaca da podnesu ovo svakom pojedincu teško razvojno razdoblje (Harrop, 2001).

5.2.1.2 Atribucije srednjoškolaca o stabilnosti psihičke bolesti, narkomanije i alkoholizma s obzirom na spol

Tablica 9. Deskriptivne vrijednosti atribucija stabilnosti s obzirom na spol

atribucija stabilnosti uzroka	Muški		Ženski		UKUPNO	
ALKOHOLIČARI	M	5,45	M	5,32	M	5,39
	σ	1,56	σ	1,67	σ	1,62
NARKOMANI	M	4,78	M	5,34	M	5,07
	σ	1,69	σ	1,62	σ	1,67
PSIHIČKI BOLESNICI	M	4,21	M	4,59	M	4,40
	σ	1,65	σ	1,52	σ	1,59
N	151		158		309	

LEGENDA:

M = aritmetička sredina

σ = standardna devijacija

N = broj ispitanika

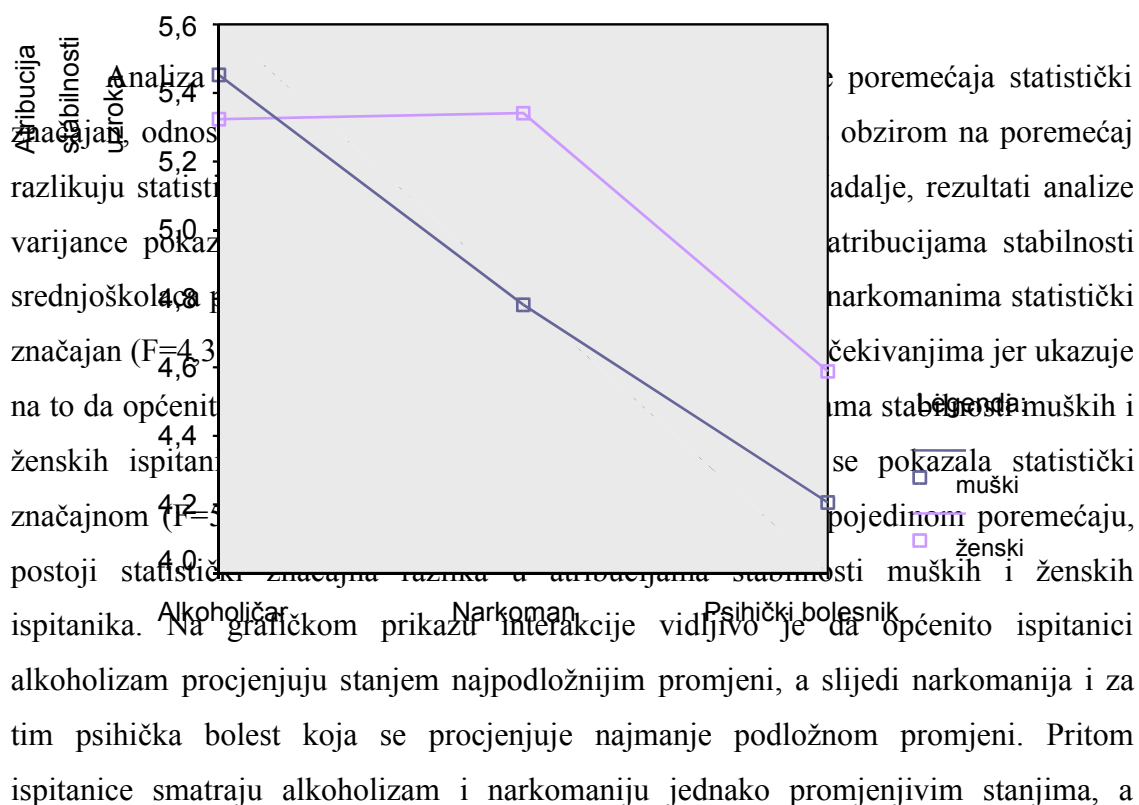
Prema deskriptivnim vrijednostima vidljivo je da je prosječna atribucija stabilnosti uzroka srednjoškolaca za psihičku bolest blizu srednje vrijednosti skale koja podrazumijeva neodlučnost ispitanika da li se radi o promjenjivom ili nepromjenjivom stanju ($M_{psi}=4,40$). Za razliku od toga narkomanija i alkoholizam procijenjeni su u većoj mjeri promjenjivima ($M_{nar}=5,07$, $M_{alk}=5,39$). Kao i ranije, analizirali smo procjene stabilnosti stanja za svaki poremećaj pojedinačno (Prilog 4). Na osnovu analize postotaka pojedinih odgovora mogli smo uočiti da se, kad je riječ o alkoholizmu (33%) i narkomaniji (25%), ispitanici najčešće odlučuju za odgovor 7 odnosno procjenjuju ova stanja u potpunosti promjenjivima. Za razliku od toga, psihička bolest je od najvećeg broja ispitanika (45%) procijenjena skalnom vrijednošću 4 koja ukazuje na neodlučnost i vjerojatno neznanje ispitanika radi li se o promjenjivom ili nepromjenjivom stanju.

Ako se osvrnemo na blage razlike u vrijednostima aritmetičkih sredina možemo uočiti trend da se alkoholizam smatra stanjem donekle podložnijim promjeni u odnosu na narkomaniju i psihičku bolest, koja se smatra stanjem najmanje podložnom promjeni. Da bismo provjerili da li ovaj trend znači i statistički značajnu razliku među atribucijama stabilnosti s obzirom na poremećaj i s obzirom na spol ispitanika, koristili smo postupak složene analize varijance.

Tablica 10. Završna tablica analize varijance atribucije stabilnosti uzroka za alkoholičare, narkomane i psihičke bolesnike

	SUMA KVADRATA	S.S .	Prosječna suma kvadrata	F	p
GLAVNI EFEKT VRSTE POREMEĆAJA (zavisni efekt)	157,168	2	78,584	40,395	0,000
GLAVNI EFEKT SPOLA (nezavisni efekt)	17,140	1	17,140	4,314	0,039
INTERAKCIJA (vrsta poremećaja x spol)	19,700	2	9,850	5,063	0,007

Slika 4. Grafički prikaz interakcije vrste poremećaja i spola za atribucije stabilnosti uzroka za alkoholizam, narkomaniju i psihičku bolest



ispitanici smatraju alkoholizam podložnijim promjeni od narkomanije. Ako gledamo razlike po spolu, na grafičkom prikazu interakcije je vidljivo da ispitanice dosljedno smatraju poremećaje više promjenjivima u odnosu na ispitanike, osim kad je riječ o alkoholizmu gdje je odnos obrnut. Zanimalo nas je jesu li te razlike u atribucijama stabilnosti prema spolu statistički značajne. Primijenili smo t-test za nezavisne uzorke za svaki pojedini poremećaj.

Rezultati pokazuju da se, kao što smo i pretpostavili, atribucije stabilnosti razlikuju s obzirom na spol za narkomaniju i psihičku bolest. Naime, kao što smo utvrdili i vizualnom inspekcijom rezultata, ispitanice narkomaniju i psihičku bolest smatraju stanjima statistički značajno više podložnima promjeni u odnosu na ispitanike ($t=-3,048$, S.S.=310, $p=0,003$, $t=-2,127$, S.S.=310, $p=0,034$). Kad se radi o alkoholizmu, rezultati pokazuju da nema razlike u atribucijama stabilnosti s obzirom na spol ($t=0,518$, S.S.=310, $p=0,605$).

Za ove rezultate može se djelomično naći potvrda i u nekim drugim istraživanjima. Npr. Kauffman i sur. (1997) su dokazali da žene općenito više vjeruju u tretman psihičke bolesti od muškaraca. U skladu s time mogli bismo zaključiti da upravo zbog veće vjere u liječenje i mogućnost oporavka ispitanice u našem istraživanju smatraju narkomaniju i psihičku bolest značajno više podložnima promjeni u odnosu na ispitanike. Što se tiče alkoholizma, ispitanici i ispitanice ga smatraju jednako podložnim promjeni. Ispitanici, za razliku od ispitanica rade razliku u procjeni promjenjivosti alkoholizma i narkomanije što nije slučaj kod ispitanica. Razlog tome mogao bi biti općenito pozitivniji odnos muških spram alkoholizma, njihovo shvaćanje da se radi o manje ozbiljnom problemu nego kad je riječ o narkomaniji. Ova pretpostavka objašnjena je već ranije komentiranom činjenicom da je alkohol sredstvo koje je općenito čovjeku bliskije od droge. Pritom je alkoholizam u svijetu i kod nas još uvijek muška bolest. U prilog ovoj pretpostavci ide i nalaz ovog istraživanja da su stavovi srednjoškolaca prema alkoholičarima statistički značajno pozitivniji od stavova srednjoškolki što je komentirano ranije u raspravi.

S obzirom na utvrđen statistički značajan utjecaj spola na razlike u atribucijama stabilnosti psihičke bolesti, narkomanije i alkoholizma daljnju obradu rezultata razdvojili smo prema spolu. Naime, zanimalo nas je između kojih poremećaja postoji statistički značajna razlika u atribucijama stabilnosti za svaki spol posebno. Da bismo to utvrdili služili smo se t-testovima za zavisne uzorke.

5.2.1.3 Atribucije stabilnosti uzroka psihičke bolesti, narkomanije i alkoholizma za srednjoškolce

Rezultati usporedbe prosječnih vrijednosti atribucija stabilnosti na muškom djelu uzorka za alkoholizam, narkomaniju i psihičku bolest pokazuju sljedeće: postoji statistički značajna razlika između atribucije za alkoholizam i psihičku bolest u smjeru stabilnije atribucije za psihičku bolest ($t=7,754$ S.S.=151, $p=0,000$). Nadalje, dobivena je i statistički značajna razlika između atribucija stabilnosti za narkomaniju i alkoholizam ($t=3,933$, S.S.=151, $p=0,000$) koja govori da ispitanici smatraju alkoholizam stanjem podložnijim promjeni od narkomanije. Naposljetku, i razlika između atribucija stabilnosti za narkomaniju i psihičku bolest se kod muškog dijela uzorka pokazala statistički značajnom ($t=3,341$, S.S.=151, $p=0,001$), što znači da ispitanici smatraju narkomaniju stabilnijom u odnosu na alkoholizam. Uzmemo li u obzir sve dobivene rezultate, možemo zaključiti da srednjoškolci smatraju da je alkoholizam stanje najpodložnije promjeni, a psihička bolest stanje najmanje podložno promjeni.

5.2.1.4 Atribucije stabilnosti uzroka psihičke bolesti, narkomanije i alkoholizma za srednjoškolke

Rezultati usporedbe prosječnih vrijednosti atribucija stabilnosti na ženskom djelu uzorka za alkoholizam, narkomaniju i psihičku bolest pokazuju sljedeće: postoji statistički značajna razlika između atribucije stabilnosti za narkomaniju i psihičku bolest u smjeru stabilnije atribucije za psihičku bolest ($t=4,998$ S.S.=157, $p=0,000$). Nadalje, dobivena je i statistički značajna razlika između atribucija stabilnosti za alkoholizam i psihičku bolest ($t=4,869$, S.S.=157, $p=0,000$) koja govori da srednjoškolke smatraju alkoholizam stanjem podložnijim promjeni od psihičke bolesti. Naposljetku, razlika između atribucija stabilnosti za narkomaniju i alkoholizam nije se pokazala statistički značajnom ($t=-0,183$, S.S.=157, $p=0,855$), što znači da ispitanice smatraju narkomaniju i alkoholizam jednako podložnima stabilnima. Iz dobivenih rezultata možemo zaključiti da srednjoškolke smatraju da su alkoholizam i narkomanija stanja jednako podložna promjeni, a pritom u većoj mjeri promjenjiva u odnosu na psihičku bolest.

Općenito gledajući, dobiveni rezultati donekle su potvrdili naša očekivanja. Naime, očekivali smo da će ispitanici, bez obzira na spol, psihičku bolest, zbog njenog kroničnog tijeka, smatrati stanjem statistički značajno manje promjenjivim u odnosu na alkoholizam i narkomaniju što je i dobiveno. I u ranije spomenutom istraživanju Crispa i sur. (2000) ispitanici su većinom za bolesti ovisnosti prognozirali mogućnost oporavka, a za razliku od toga 50% ih je odgovorilo da se oboljeli od shizofrenije nikad neće oporaviti.

Rezultati ukazuju i na to da postoji statistički značajna razlika između procjena srednjoškolaca o promjenjivosti narkomanije i alkoholizma. Srednjoškolci naime smatraju da je alkoholizam stanje podložnije promjeni od narkomanije, a naša je pretpostavka bila da se ovdje neće pokazati statistički značajna razlika jer su i narkomanija i alkoholizam bolesti ovisnosti koje se danas jednako uspješno mogu liječiti pod uvjetom da za to postoji snažna volja bolesnika. Takav je rezultat potvrđen na ženskom djelu uzorka. Dobiveni rezultat mogao bi se objasniti percepcijom ispitanika da je uporaba droga štetnija od uporabe alkohola što je recimo dokazano u prije spomenutom istraživanju Novaka i sur. (2000). Kad bismo imali podatke o tome da ispitanici drogu smatraju štetnijom za zdravlje od alkohola, bilo bi opravdano pretpostaviti da upravo zbog toga smatraju da je potrebno duže vrijeme i više truda da se izliječi osoba koja pati od posljedica zlouporabe droge nego osoba koja pati od posljedica zlouporabe alkohola.

5.2.1.5 Atribucije srednjoškolaca o podložnosti kontroli uzroka psihičke bolesti, narkomanije i alkoholizma s obzirom na spol ispitanika

Tablica 11. Deskriptivne vrijednosti atribucija podložnosti kontroli s obzirom na spol

spol atribucija podložnosti kontroli	MUŠKI		ŽENSKI		UKUPNO	
ALKOHOLIČARI	M	5,59	M	6,06	M	5,83
	σ	1,78	σ	1,29	σ	1,56
NARKOMANI	M	5,75	M	6,04	M	5,90
	σ	1,49	σ	1,41	σ	1,45
PSIHIČKI BOLESNICI	M	3,13	M	3,21	M	3,17
	σ	1,62	σ	1,66	σ	1,64
N	150		159		309	

LEGENDA:

M = aritmetička sredina

σ = standardna devijacija

N = broj ispitanika

Deskriptivne vrijednosti nam govore da srednjoškolci smatraju da su alkoholizam i narkomanija stanja na koja je osoba donekle mogla utjecati svojom voljom ($M_{alk}=5,83$, $M_{nar}=5,90$), a psihička bolest stanje na koje osoba uglavnom nije mogla utjecati svojom voljom ($M_{psi}=3,17$). Zanimalo nas je koriste li ispitanici čitav raspon odgovora i za koje se odgovore odnosno skalne vrijednosti ponajviše odlučuju s obzirom na poremećaj (Prilog 4). Najveći postotak ispitanika je na pitanje o mogućnosti vlastitog utjecaja na alkoholizam (47%) i narkomaniju (48%) odgovorio zaokružujući skalnu vrijednost 7, koja znači maksimalnu mogućnost utjecaja na stanje. Kad je riječ o psihičkoj bolesti, vjerojatno zbog neodlučnosti i neznanja, najviše je ispitanika (27%) zaokružilo srednju skalnu vrijednost 4, a kao drugi najčešći odgovor koji je odabralo 20% ispitanika slijedi skalna vrijednost 1 koja podrazumijeva potpunu

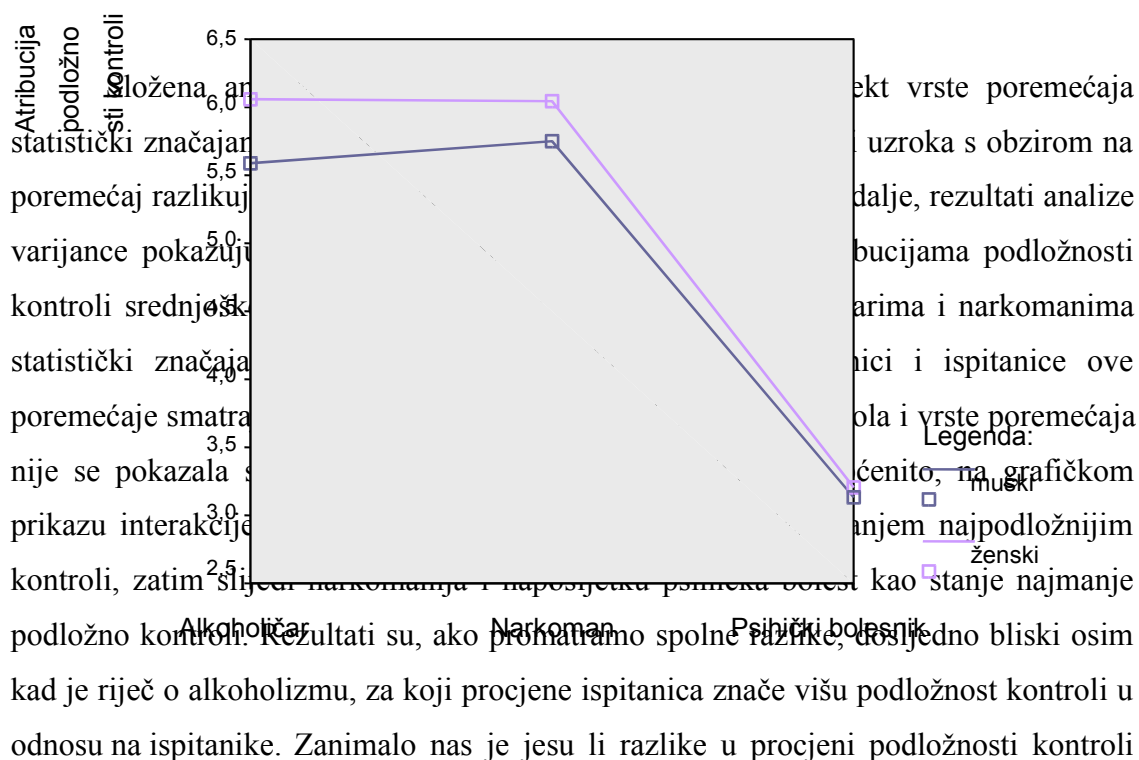
nemogućnost utjecaja na stanje, što je izraz bolje informiranosti tog dijela uzorka o prirodi ovog poremećaja.

U odgovoru na 2. problem, zanimalo nas je i razlikuju li se atribucije podložnosti uzroka kontroli statistički značajno s obzirom na poremećaj i s obzirom na spol ispitanika. Da bismo to utvrdili služili smo se složenom analizom varijance.

Tablica 12. Završna tablica analize varijance atribucije podložnosti kontroli za alkoholičare, narkomane i psihičke bolesnike

	SUMA KVADRATA	S.S .	Prosječna suma kvadrata	F	p
GLAVNI EFEKT VRSTE POREMEĆAJA (zavisni efekt)	1497,113	2	748,557	379,538	0,000
GLAVNI EFEKT SPOLA (nezavisni efekt)	18,203	1	18,203	5,611	0,018
INTERAKCIJA (vrsta poremećaja x spol)	5,843	2	2,921	1,481	0,228

Slika 5. Grafički prikaz interakcije vrste poremećaja i spola za atribucije podložnosti kontroli za alkoholičare, narkomane i psihičke bolesnike



statistički značajne s obzirom na spol. Da bismo to provjerili koristili smo t-test za nezavisne uzorke.

Dobiveni rezultati ukazuju na to da samo kad je riječ o alkoholizmu, postoji statistički značajna razlika u procjenama mogućnosti kontrole uzroka s obzirom na spol. Naime, ispitanice smatraju da je uzrok alkoholizma statistički značajno podložniji kontroli u odnosu na ispitanike ($t=-2,788$, S.S.=311, $p=0,006$) što je suprotno našoj pretpostavci. Atribucije podložnosti kontroli za ostala dva poremećaja ne razlikuju se statistički značajno s obzirom na spol, ispitanici i ispitanice smatraju njihove uzroke jednako podložnima kontroli ($t_{nar}=-1,716$, S.S.=310, $p=0,087$; $t_{psi}=-0,323$, S.S.=311, $p=0,747$). Kao što je komentirano ranije u raspravi, očito je da ispitanici u odnosu na ispitanice imaju općenito različit odnos prema alkoholizmu, koji se očituje i u različitim atribucijama podložnosti kontroli. Mogli bismo pretpostaviti da ispitanici uzrok alkoholizma smatraju statistički značajno manje podložnim kontroli zbog percepcije da na razvoj alkoholizma utječe i društvo u kojem se ispijanje velikih količina alkohola smatra potvrdom muškosti (Hudolin, 1989).

S obzirom na utvrđen statistički značajan utjecaj spola na razlike u atribucijama mogućnosti kontrole uzroka psihičke bolesti, narkomanije i alkoholizma daljnju obradu rezultata razdvojili smo prema spolu. Naime, zanimalo nas je između kojih poremećaja postoji statistički značajna razlika u ovim atribucijama za svaki spol posebno. Da bismo to utvrdili služili smo se t-testovima za zavisne uzorke.

5.2.1.6 Atribucije podložnosti kontroli uzroka psihičke bolesti, narkomanije i alkoholizma za srednjoškolce

Da bismo provjerili između kojih poremećaja postoji statistički značajna razlika u tome koliko srednjoškolci njihove uzroke smatraju podložnima kontroli primijenili smo t-testove za zavisne uzorke.

Rezultati usporedbe prosječnih vrijednosti atribucija podložnosti kontroli za psihičku bolest i narkomaniju pokazuju da postoji statistički značajna razlika u tome kako srednjoškolci procjenjuju mogućnost kontrole uzroka ova dva poremećaja ($t=14,917$, S.S.=150, $p=0,000$). Uzrok psihičke bolesti procijenjen je statistički značajno manje podložan kontroli od uzroka narkomanije. Isto tako, kad je riječ o usporedbi psihičke bolesti i alkoholizma, dobiveno je da su uzroke alkoholizma srednjoškolci procijenili podložnijima kontroli od uzroka psihičke bolesti ($t=12,314$,

S.S.=150, $p=0,000$). Naposljetku, razlika između atribucija podložnosti kontroli uzroka za narkomaniju i alkoholizam nije se pokazala statistički značajnom ($t=-1,145$, S.S.=150, $p=0,254$). Narkomanija i alkoholizam se, dakle, među muškim dijelom uzorka srednjoškolaca smatraju stanjima na čije je uzroke osoba statistički značajno više mogla utjecati u odnosu na psihičku bolest.

5.2.1.7 Atribucije podložnosti kontroli uzroka psihičke bolesti, narkomanije i alkoholizma za srednjoškolke

Kad se radi o ženskom djelu uzorka, rezultati usporedbe prosječnih vrijednosti atribucija podložnosti kontroli za alkoholizam i psihičku bolest pokazuju da postoji statistički značajna razlika u tome kako srednjoškolci procjenjuju mogućnost kontrole uzroka ova dva poremećaja ($t=17,313$, S.S.=159, $p=0,000$). Nadalje, kad je riječ o usporedbi psihičke bolesti i narkomanije, dobiveno je da su uzroke narkomanije srednjoškolke procijenile statistički značajno podložnijima kontroli od uzroka psihičke bolesti ($t=16,828$, S.S.=159, $p=0,000$). Naposljetku, razlika između atribucija podložnosti kontroli za narkomaniju i alkoholizam nije se pokazala statistički značajnom ($t=0,182$, S.S.=159, $p=0,856$). Na osnovu ovih nalaza moguće je zaključiti da se narkomanija i alkoholizam i među srednjoškolcima smatraju stanjima na čije je uzroke osoba statistički značajno više mogla utjecati u odnosu na psihičku bolest.

Općenito govoreći, dobiveni rezultati su u skladu sa našim pretpostavkama. Potvrđeno je naše očekivanje da će ispitanici, bez obzira na spol, pripisivati statistički značajno veću podložnost kontroli kad je riječ o uzroku narkomanije i alkoholizma u odnosu na uzrok psihičke bolesti. Naime, radi se o uzrocima; konzumaciji alkohola i uporabi droge, koji su do određenog trenutka bili podložni kontroli. Nakon faze ekscesivnog uživanja u uporabi ovih psihoaktivnih tvari zbog doživljaja ugone koje one proizvode, slijedi faza ovisnosti u kojoj se sredstvo mora uzimati ne bi li se spriječila pojava posljedica apstinencijske krize. Za razliku od toga uzroci drugih psihičkih bolesti, koje se ne mogu objasniti zlouporabom psihoaktivnih tvari, nisu sasvim razjašnjeni, pa ih se ne može smatrati niti podložnima kontroli. Najviše se, prema podacima iz literature, podržava model prema kojemu je psihička bolest dinamična interakcija gena, neurobiologije, okolinskih utjecaja i razvoja ličnosti (Hinshaw, 2000).

5.2.2 Kontakt srednjoškolaca s alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima

Drugi dio 2. problema istraživanja bio je ispitati postoje li razlike u dosadašnjem kontaktu/iskustvu srednjoškolaca sa psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima. Provjerili smo i razlikuje li se učestalost kontakta sa pojedinom skupinom s obzirom na spol ispitanika. Deskriptivne vrijednosti rezultata prikazane su u Tablici 13.

Tablica 13. Kontakt s pripadnicima pojedine skupine s obzirom na spol ispitanika

		Muški		Ženski		UKUPNO	
		f	%	f	%	f	%
KONTAKT SA ALKOHOLIČAROM	DA	128	40,6	133	42,2	261	82,8
	NE	24	7,6	26	8,3	50	15,9
KONTAKT SA NARKOMANOM	DA	90	28,6	102	32,4	192	61,0
	NE	63	20,0	60	19,0	123	39,0
KONTAKT SA PSIHIČKIM BOLESNIKOM	DA	78	24,8	95	30,2	173	55,0
	NE	74	23,5	67	21,3	141	44,8

Tablica 14. Vrijednosti χ^2 testa dobivene analizom kontakta sa pripadnicima pojedine skupine s obzirom na spol

USPOREDBA KONTAKTA S OBZIROM NA SPOL	χ^2	S.S.	p
NARKOMAN	0,018	1	0,452
ALKOHOLIČAR	0,566	1	0,893
PSIHIČKI BOLESNIK	1,701	1	0,192

Da bismo provjerili razlikuje li se učestalost kontakta sa pojedinom skupinom ovisno o spolu proveden je χ^2 test (Tablica 14). Pokazalo se da su i ispitanici i ispitanice dosad imali podjednako iskustva sa pripadnicima ovih skupina. Zbog toga nismo u daljnjoj obradi rezultata odvajali muške od ženskih ispitanika.

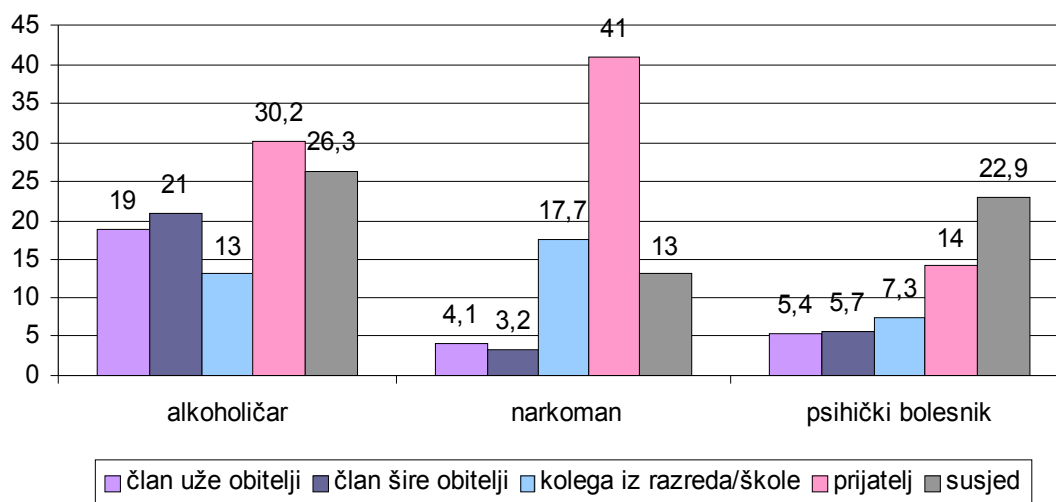
Prema frekvencijama potvrdnih odgovora na pitanje o dosadašnjem iskustvu/kontaktu ispitanika sa psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima možemo uočiti da je daleko najviše ispitanika (N=83%) imalo kontakt s alkoholičarom, manje ispitanika (N=61%) imalo je kontakt s narkomanom, a najmanje je srednjoškolaca (N=55%) imalo kontakt sa psihičkim bolesnikom. Da bismo utvrdili postoje li statistički značajne razlike u frekvenciji kontakta srednjoškolaca sa narkomanima, alkoholičarima i psihičkim bolesnicima primijenili smo χ^2 test. Razlike između frekvencija kontakta sa alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima pokazale su se statistički značajnima u već spomenutom smjeru (Tablica 15).

Tablica 15. Vrijednosti χ^2 testa za usporedbu kontakta srednjoškolaca sa različitim skupinama

USPOREDBA KONTAKTA	χ^2	S.S.	p
NARKOMAN - PSIHIČKI BOLESNIK	25,912	2	0,000
NARKOMAN - ALKOHOLIČAR	18,579	2	0,000
PSIHIČKI BOLESNIK - ALKOHOLIČAR	11,068	2	0,000

Zanimalo nas je i, ako su u dosadašnjem iskustvu imali kontakt sa alkoholičarom, narkomanom ili psihičkim bolesnikom, kakve je vrste bio taj kontakt, odnosno o kom se radilo.

Slika 6. Grafički prikaz postotka pojedine vrste kontakta sa alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima



Kad je riječ o kontaktu s alkoholičarom, najveći broj srednjoškolaca kaže da se radilo o prijatelju (N=30%), i odmah nakon toga o susjedu (N=26%). Kontakti srednjoškolaca sa narkomanima u većini slučajeva odnosili su se na prijatelje (N=41%), a manje ispitanika je imalo kolegu iz razreda/škole (N=17%) i susjeda (N=13%) narkomana. Najveći broj srednjoškolaca imao je kontakt sa psihičkim bolesnikom kao susjedom (N=23%) i zatim prijateljem (N=14%). Oko 10% ispitanika svjedoči o tome da se njihov kontakt sa psihičkim bolesnikom odnosio na kontakt sa članom obitelji (uže i šire).

Iz grafičkog prikaza (Slika 6.) jasno možemo vidjeti i razlike u kontaktima srednjoškolaca sa alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima. Naime, kontakt s alkoholičarima, za razliku od onog s narkomanima i psihičkim bolesnicima zastupljen je u svim segmentima. Alkoholizam je prisutan svugdje, i među užom i širom obitelji, i među prijateljima te susjedima. Ako se pouzdamo u podatak da u Hrvatskoj od alkohola direktno i indirektno pati oko milijun ljudi, ovakav rezultat niti ne čudi. Za razliku od toga, narkomanija i psihička bolest su poremećaji koji se, vidljivo i prema grafičkom prikazu kontakata, događaju «nekom drugom». Naime, frekvencije kontakata u užoj i široj obitelji značajno su manje od frekvencija kontakata kad se radi o široj okolini npr. prijateljima ili susjedima. Pritom, kad je riječ o psihičkoj bolesti, ponajviše se radi o kontaktu sa susjedima, a kad je riječ o narkomaniji, kontakt srednjoškolaca osobito je vezan uz vršnjake odnosno prijatelje koji ih okružuju.

5.2.3 Samoprocjena razine znanja o alkoholizmu, narkomaniji i psihičkoj bolesti

Kao odgovor na treći dio 2. problema istraživanja ispitali smo postoje li razlike u samoprocjeni znanja srednjoškolaca o psihičkoj bolesti, narkomaniji i alkoholizmu s obzirom na spol ispitanika. Na osnovu rezultata ispitanika na skali samoprocjene znanja dobivene su deskriptivne vrijednosti prikazane u Tablici 16.

Tablica 16. Deskriptivne vrijednosti samoprocjene znanja o alkoholizmu, narkomaniji i psihičkoj bolesti s obzirom na spol

spol samoprocjena znanja o	MUŠKI		ŽENSKI		UKUPNO	
ALKOHOLIZMU	M	5,38	M	5,38	M	5,38
	σ	1,43	σ	1,29	σ	1,36
NARKOMANIJI	M	4,59	M	5,06	M	4,83
	σ	1,78	σ	1,46	σ	1,63
PSIHIČKOJ BOLESTI	M	3,01	M	3,91	M	3,48
	σ	1,47	σ	1,40	σ	1,50
N		150		159		309

LEGENDA:

M = aritmetička sredina

σ = standardna devijacija

N = broj ispitanika

Prije samog komentara rezultata valja istaknuti da na osnovu samoprocjene znanja o određenom poremećaju ne možemo zaključivati o stvarnom znanju ispitanika o tom poremećaju u apsolutnim terminima, već uz pretpostavku da ispitanici čine podjednaku pogrešku kad procjenjuju svoje znanje o različitim poremećajima, možemo govoriti o razlikama između samoprocjena u relativnim terminima što je i u skladu s postavljenom hipotezom.

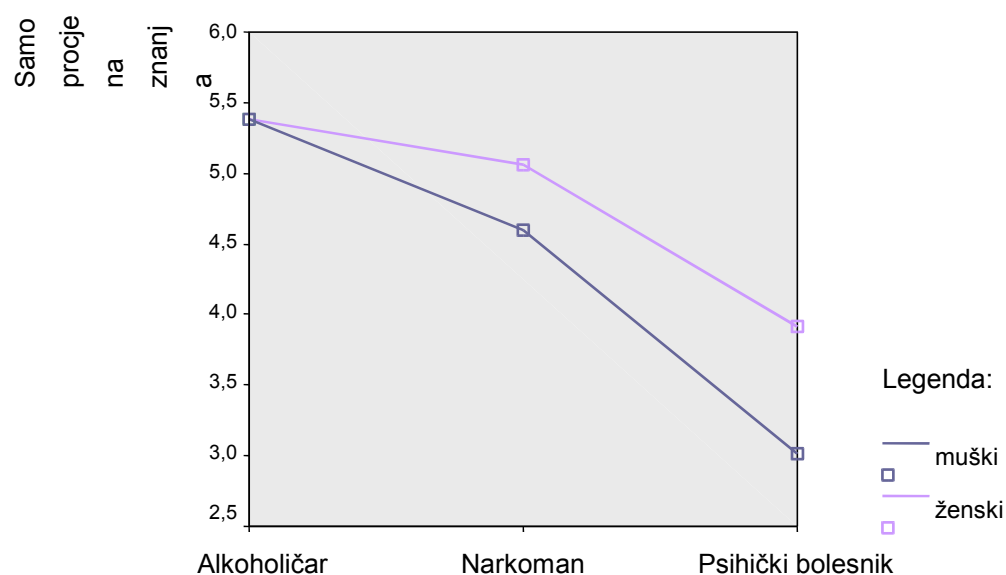
Rezultati pokazuju trend prema kojem je prosječna samoprocijenjena razina znanja najveća za alkoholizam (M=5,38), nešto manja za narkomaniju (M=4,83) i

najmanja za psihičku bolest (M=3,48). Zanimalo nas je razlikuju li se prosječne samoprocjene znanja statistički značajno s obzirom na vrstu poremećaja i spol ispitanika, i da bismo to utvrdili primijenili smo postupak složene analize varijance.

Tablica 17. Završna tablica analize varijance samoprocjene znanja o alkoholizmu, narkomaniji i psihičkoj bolesti

	SUMA KVADRATA	S.S .	Prosječna suma kvadrata	F	p
GLAVNI EFEKT VRSTE POREMEĆAJA (zavisni efekt)	601,965	2	300,983	227,139	0,000
GLAVNI EFEKT SPOLA (nezavisni efekt)	47,975	1	47,975	12,369	0,001
INTERAKCIJA	30,919	2	15,459	11,667	0,000

Slika 7. Grafički prikaz interakcije vrste poremećaja i spola za samoprocjenu znanja o alkoholizmu, narkomaniji i psihičkoj bolesti



Analiza varijance je pokazala da se srednjoškolske samoprocjene znanja s obzirom na poremećaj razlikuju statistički značajno, odnosno da postoji statistički značajan glavni efekt vrste poremećaja ($F=227,139$, $p=0,000$). Nadalje, rezultati analize varijance pokazuju i da je glavni efekt spola statistički značajan ($F=12,369$, $p=0,001$) što znači da općenito postoji statistički značajna razlika u samoprocjeni znanja o ova tri poremećaja između muških i ženskih ispitanika. I interakcija spola i vrste poremećaja se pokazala statistički značajnom ($F=11,667$, $p=0,000$) što znači da, i kad se radi o svakom pojedinom poremećaju, postoji statistički značajna razlika u samoprocjeni znanja između muških i ženskih ispitanika. Na grafičkom prikazu interakcije možemo jasno vidjeti da je samoprocijenjeno znanje i muških i ženskih ispitanika najveće za alkoholizam, zatim slijedi narkomanija i, sa nešto većom razlikom, psihička bolest. Zanimalo nas je razlikuju li se ispitanici od ispitanica statistički značajno u samoprocjenama znanja za pojedini poremećaj, a da bismo to utvrdili služili smo se t-testovima za nezavisne uzorke.

Dok je za alkoholizam prosječna samoprocjena znanja podjednaka i kod muških i kod ženskih ispitanika, odnosno nema statistički značajne razlike s obzirom na spol ($t=0,053$, $S.S.=311$, $p=0,958$), za narkomaniju i psihičku bolest to nije slučaj. Dosljedno su ispitanice procijenile svoje znanje statistički značajno većim od ispitanika i za psihičku bolest ($t=-5,674$, $S.S.=311$, $p=0,000$) i za narkomaniju ($t=-2,382$, $S.S.=311$, $p=0,018$). Dobiveni rezultati za alkoholizam ne iznenađuju, pogotovo ako uzmemo u obzir da je samoprocjena znanja o alkoholizmu vezana uz iskustvo sa pripadnicima te skupine, gdje su ispitanici različitog spola podjednaki i uz osobno iskustvo sa samim psihoaktivnim sredstvom, što nije slučaj kod ostalih poremećaja. Više samoprocjene znanja ispitanica nego ispitanika o narkomaniji i psihičkoj bolesti, koje nismo očekivali, mogle bi se objasniti utjecajem škole. Naime, ako se osvrnemo na strukturu uzorka prema školskom usmjerenju vidjet ćemo da čak 24% ispitanica iz cjelokupnog ženskog dijela uzorka pohađa Medicinsku školu koja priprema učenice za suočavanje s ovim problemima u medicinskoj praksi. S obzirom da se, kako će biti komentirano kasnije u raspravi, škola smatra jednim od najvažnijih izvora znanja kad je riječ o ovim poremećajima, opravdano je pretpostaviti da ispitanice, zbog značajnog udjela budućih medicinskih sestara, stvarno imaju veće znanje o narkomaniji i psihičkoj bolesti i da svoje znanje zbog toga i procjenjuju većim u odnosu na ispitanike. Provjerali smo postoje li razlike u samoprocjenama znanja s obzirom na pojedinu školu i dokazano je da su samoprocjene učenica medicinske škole statistički

značajno veće od učenika prometne trogodišnje i četverogodišnje škole (što su većinom muški ispitanici) i učenika prirodoslovno-matematičke gimnazije (Prilog 5.) U nekom budućem istraživanju svakako bi trebalo kontrolirati utjecaj škole na rezultate pogotovo ako se radi o procjenama znanja o području koje je specifično za pojedinu školu.

Slijedeći korak bio je provjeriti između kojih poremećaja postoji statistički značajna razlika u tome kako srednjoškolci procjenjuju svoje znanje o njima i u tu svrhu smo se koristili t-testovima za zavisne uzorke. S obzirom na to da je utvrđen utjecaj spola na razlike u samoprocjenama obrada rezultata odvojena je za ženske i muške ispitanike.

5.2.3.1 Samoprocjene znanja srednjoškolaca i srednjoškolki o psihičkoj bolesti, alkoholizmu i narkomaniji

Rezultati pokazuju da srednjoškolci smatraju da znaju statistički značajno više o alkoholizmu, nego o psihičkoj bolesti ($t=17,064$, $S.S.=150$, $p=0,000$) i narkomaniji ($t=6,099$, $S.S.=150$, $p=0,000$) i statistički značajno više o narkomaniji nego o psihičkoj bolesti ($t=10,579$, $S.S.=150$, $p=0,000$).

Srednjoškolke smatraju da znaju statistički značajno više o alkoholizmu, nego o psihičkoj bolesti ($t=11,190$, $S.S.=159$, $p=0,000$) i narkomaniji ($t=3,103$, $S.S.=159$, $p=0,002$) i statistički značajno više o narkomaniji nego o psihičkoj bolesti ($t=7,978$, $S.S.=159$, $p=0,000$).

Zapravo, možemo reći da je, uzevši u obzir spol, poredak samoprocjena znanja o poremećajima podjednak. Premda nije bila očekivana razlika između prosječne samoprocjene znanja o narkomaniji i alkoholizmu, dobiveni rezultati zapravo ne čude. Srednjoškolci smatraju da o alkoholizmu znaju značajno više nego o narkomaniji vjerojatno zato što je i učestalost alkoholizma općenito veća od narkomanije, a pogođenost okoline oboljelih procjenjuje se na oko milijun ljudi što je četvrtina stanovnika Hrvatske. Osim toga, istraživanja pokazuju da je oko 90% adolescenata u Hrvatskoj i samo konzumiralo alkoholna pića. Za razliku od toga, u istraživanju uporabe droge među srednjoškolcima u Hrvatskoj, od 273 ispitanika 69 ih je odgovorilo da je barem jednom uzelo neku drogu, najčešće marihuanu (Hotujac i sur. 2000). Dakle, i veće osobno iskustvo sa psihoaktivnim sredstvom, u ovom slučaju alkoholom, moglo je dovesti do veće samoprocjene znanja o alkoholizmu.

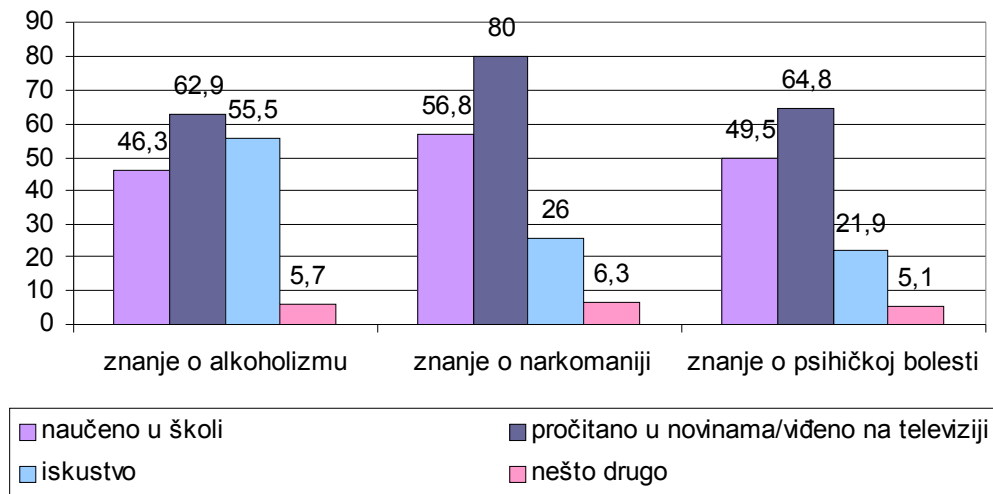
O psihičkoj bolesti srednjoškolci smatraju da znaju značajno manje nego o bolestima ovisnosti što se jednim dijelom može pripisati školskom programu koji ne pokriva ovu problematiku u jednakoj mjeri kao alkoholizam i narkomaniju. Istraživanja koja su se bavila znanjem o psihičkoj bolesti uglavnom nam govore da je potrebno educirati javnost o ovoj problematici, a ne ju kontinuirano stavljati na margine društva (Schulze, 2003). Možemo reći da postoji opća društvena nezainteresiranost za rasvjetljavanje problema s kojima se suočava i posljedica koje trpi psihički bolesnik, dok su alkoholizam, a posebno narkomanija, problemi kojima se u zadnje vrijeme posvećuje mnogo pažnje jer se u prvom redu želi postići prevencija tih poremećaja. U tom smislu se o bolesti ovisnosti kao najupečatljivijoj sociopatološkoj pojavi današnjice mnogo govori u medijima, a pokrenuti su i mnogi vladini i nevladini projekti koji imaju za cilj informirati javnost o posljedicama zlorabe psihoaktivnih sredstava i pomoći u ranom prepoznavanju problema sa drogom. Pritom se zapravo malo govori o dokazanoj pojavi da društvo na različite načine stigmatizira osobe sa psihičkim poremećajima što otežava njihovu reintegraciju u zajednici.

Nadalje, zanimalo nas je i koji su to izvori znanja srednjoškolaca o psihičkoj bolesti, alkoholizmu i narkomaniji. Da bismo utvrdili hijerarhiju važnosti određenih izvora znanja u rasvjetljavanju ovih poremećaja izračunali smo postotke pojedinih odgovora i prikazali ih grafički (Slika 8). Prema postocima pojedinih odgovora ispitanika, znanje o alkoholizmu, narkomaniji i psihičkoj bolesti je, za najveći broj srednjoškolaca, rezultat informacija dobivenih iz medija: novina i televizije. Slijedeći po važnosti izvor znanja o ovim poremećajima prema mišljenju srednjoškolaca jest škola i nakon toga iskustvo s pripadnikom pojedine skupine.

Uz neosporni i ovdje potvrđeni utjecaj poruka koje mladi dobivaju iz medija, važno je naglasiti i veliki potencijal koji u učenju i informiranju o ovim problemima imaju obrazovne ustanove. U školske programe, trebalo bi, osim preventivnih programa koji se bave alkoholizmom i narkomanijom, uvesti i teme koje bi za cilj imale i destigmatizaciju društva spram psihičkih bolesnika. Prvi bi korak u takvim senzibilizacijskim programima trebao biti rad na povećanju tolerancije prema različitostima općenito, a slijedilo bi upoznavanje sa činjenicama o psihičkim bolestima, nasuprot mitovima koji su se uvriježili kao socijalne istine. Bez obzira da li se radi o nastavnim ili izvannastavnim programima, škole bi svakako trebalo uključiti u projekte promicanja mentalnog zdravlja jer, naposljetku, i sami srednjoškolci, kao što

pokazuju i naši rezultati, prepoznaju i uvažavaju doprinos koji škola ima u razvoju njihovog znanja.

Slika 8. Grafički prikaz postotaka pojedinog izvora znanja o alkoholizmu, narkomaniji i psihičkoj bolesti



5.3 MOGUĆNOST PREDVIĐANJA STAVOVA SREDNJOŠKOLACA O ALKOHOLIZMU, NARKOMANIJI I PSIHIČKOJ BOLESTI NA OSNOVU NEKIH PREDIKTORA

U odgovoru na treći problem cilj nam je ispitati kakva je mogućnost predviđanja stavova srednjoškolaca prema alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima na osnovu njihovih kauzalnih atribucija, frekvencije kontakta s pojedinom skupinom i samoprocjene znanja o pojedinom poremećaju. Da bismo provjerili kako se na osnovu navedenih prediktora može predvidjeti kriterijski rezultat - stav prema pojedinoj skupini, koristili smo se regresijskom analizom. Cilj nam je bio i utvrditi koliki postotak varijance rezultata kriterijske varijable možemo objasniti zajedničkim djelovanjem prediktora.

Prije same regresijske analize za pojedini poremećaj ispitali smo i povezanost stavova prema alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima služeći se Pearsonovim koeficijentom korelacije.

Tablica 18. Matrica korelacija između stavova prema psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima

	STAV PREMA ALKOHOLIČARIMA	STAV PREMA NARKOMANIMA	STAV PREMA PSIHIČKIM BOLESNICIMA
STAV PREMA ALKOHOLIČARIMA	1,000	0,557**	0,308**
STAV PREMA NARKOMANIMA	-	1,000	0,247**
STAV PREMA PSIHIČKIM BOLESNICIMA	-	-	1,000

**korelacija je statistički značajna uz nivo rizika od 1%

Kao što možemo vidjeti iz matrice korelacija, stav prema alkoholičarima je statistički značajno povezan sa stavom prema narkomanima ($r=0,557$, $p=0,000$) i stavom prema psihičkim bolesnicima ($r=0,308$, $p=0,000$), a i stav prema narkomanima je statistički značajno povezan sa stavom prema psihičkim bolesnicima ($r=0,247$, $p=0,000$). Pritom je koeficijent povezanosti stavova prema narkomanima i alkoholičarima, kao što je i očekivano, viši u odnosu na koeficijente korelacije

narkomanije i alkoholizma u odnosu na psihičku bolest. Svi navedeni koeficijenti korelacije ukazuju na pozitivnu povezanost između rezultata. Dakle, pozitivniji stav srednjoškolaca prema alkoholičarima značit će i pozitivniji stav prema narkomanima i prema psihičkim bolesnicima. Nasuprot tome negativniji stav prema alkoholičarima značit će i negativniji stav prema narkomanima i psihičkim bolesnicima. Ovaj rezultat mogao bi se objasniti time da vjerojatno postoji određeni nivo opće tolerancije srednjoškolaca prema svemu što se smatra različitim. Pod pojmom različitog između ostalog podrazumijevamo i skupine ljudi koje su po svojim urođenim ili stečenim karakteristikama za nekog pojedinca drugačije od onih koje najčešće susreće. To su npr. druge rase, druge nacionalnosti, ali i bolesni, invalidi i.t.d. Pretpostavka je da kod pojedinaca koji imaju viši opći nivo tolerancije, razlika u stavovima prema pojedinim skupinama može postojati, ali vjerojatno je da će pozitivniji stavovi prema jednoj skupini značiti i pozitivnije stavove prema drugoj skupini i obratno.

5.3.1 Predviđanje stavova prema alkoholičarima

Da bismo ispitali mogućnost predviđanja stava prema alkoholičarima na osnovu kauzalnih atribucija, kontakta i samoprocjene znanja proveli smo regresijsku analizu pri čemu prediktorske varijable predstavljaju atribucije, kontakt i samoprocjene znanja, a kriterijsku varijablu rezultat na skali stavova prema alkoholičarima. Dobiveni rezultati prikazani su u Tablicama 19, 20 i 21.

Tablica 19. Matrica korelacija između stavova, kauzalnih atribucija, kontakta i samoprocjene znanja o alkoholizmu

	STAV PREMA ALKOHOLIČARIMA	ATRIBUCIJA MJESTA UZROČNOSTI	ATRIBUCIJA STABILNOSTI UZROKA	ATRIBUCIJA PODLOŽNOSTI KONTROLI	SAMOPROCJENA ZNANJA	ISKUSTVO S ALKOHOLIČARIMA
STAV PREMA ALKOHOLIČARIMA	1,000	-0,057	-0,053	0,076	-0,182**	0,064
ATRIBUCIJA MJESTA UZROČNOSTI		1,000	0,023	0,085	0,001	0,034
ATRIBUCIJA STABILNOSTI UZROKA			1,000	0,427**	0,096*	-0,038
ATRIBUCIJA PODLOŽNOSTI KONTROLI				1,000	0,160**	-0,025
SAMOPROCJENA ZNANJA					1,000	-0,123*
ISKUSTVO S ALKOHOLIČARIMA						1,000

* korelacija je statistički značajna uz nivo rizika od 5%

** korelacija je statistički značajna uz nivo rizika od 1%

Tablica 20. Rezultati regresijske analize za stav prema alkoholičarima

R	R ²	F	S.S.	p
0,242	0,058	3,753	5/302	0,003

Tablica 21. Statistička značajnost β koeficijenata za stav prema alkoholičarima

	β	t	p
ATRIBUCIJA MJESTA UZROČNOSTI	-0,069	-1,229	0,220
ATRIBUCIJA STABILNOSTI UZROKA	-0,097	-1,571	0,117
ATRIBUCIJA PODLOŽNOSTI KONTROLI	0,155	2,476	0,014
SAMOPROCJENA ZNANJA	-0,192	-3,372	0,001
ISKUSTVO S ALKOHOLIČARIMA	0,043	0,765	0,445

Provedena analiza je pokazala da na stav prema alkoholičarima statistički značajno utječu rezultati atribucije podložnosti kontroli ($\beta=0,155$, $t=2,476$, $p=0,014$) i

rezultat na samoprocjeni znanja o alkoholizmu ($\beta=-0,192$, $t=-3,372$, $p=0,001$). Pritom je iz matrice korelacija vidljivo da osim samoprocjene znanja niti jedan od ostalih prediktora nije u statistički značajnoj korelaciji sa kriterijem. Statistički značajna povezanost samoprocjene znanja s uratkom na skali stavova prema alkoholičarima govori nam da ispitanici koji svoje znanje o alkoholizmu procjenjuju višim imaju pozitivnije stavove prema alkoholičarima.

Nadalje, rezultati provedene regresijske analize govore da navedeni prediktori zajednički objašnjavaju samo 6% varijance rezultata na skali stavova prema alkoholičarima (Tablica 20.) što je vrlo mali postotak. Očito je da postoje brojni drugi faktori preko kojih bi se bolje mogli predvidjeti stavovima prema alkoholičarima. Naprimjer, vjerojatno je da bi rezultati ispitivanja konkretnog znanja o alkoholizmu bili bolji prediktor stavu u odnosu na samoprocjenu znanja o alkoholizmu, koja nam zapravo ništa ne govori o stvarnom stanju u tom smislu.

5.3.2 Predviđanje stavova prema narkomanima

Tablica 22. Matrica korelacija između stavova, kauzalnih atribucija, kontakta i samoprocjene znanja o narkomaniji

	STAV PREMA NARKOMANI MA	ATRIBUCIJA MJESTA UZROČNOSTI	ATRIBUCIJA STABILNOSTI UZROKA	ATRIBUCIJA PODLOŽNOST I KONTROLI	SAMOPROCJE NA ZNANJA	ISKUSTVO S NARKOMANI MA
STAV PREMA NARKOMANIMA	1,000	-0,161*	-0,169**	0,049	-0,220**	0,234**
ATRIBUCIJA MJESTA UZROČNOSTI		1,000	0,162*	0,064	0,045	-0,046
ATRIBUCIJA STABILNOSTI UZROKA			1,000	0,249**	0,162*	-0,061
ATRIBUCIJA PODLOŽNOSTI KONTROLI				1,000	0,109	-0,002
SAMOPROCJENA ZNANJA					1,000	-0,292**
ISKUSTVO S NARKOMANIMA						1,000

* korelacija je statistički značajna uz nivo rizika od 5%

** korelacija je statistički značajna uz nivo rizika od 1%

Tablica 23. Rezultati regresijske analize za stav prema narkomanima

R	R ²	F	S.S.	p
0,353	0,125	8,604	5/302	0,000

Tablica 24. Statistička značajnost β koeficijenata za stav prema narkomanima

	β	t	p
ATRIBUCIJA MJESTA UZROČNOSTI	-0,131	-2,400	0,017
ATRIBUCIJA STABILNOSTI UZROKA	-0,140	-2,460	0,014
ATRIBUCIJA PODLOŽNOSTI KONTROLI	0,109	1,951	0,052
SAMOPROCJENA ZNANJA	-0,152	-2,667	0,008
ISKUSTVO S NARKOMANIMA	0,176	3,114	0,002

Provedena analiza je pokazala da na stav prema narkomanima statistički značajno utječu rezultati atribucije mjesta uzročnosti i stabilnosti ($\beta=-0,131$, $t=-2,400$, $p=0,017$, $\beta=-0,140$, $t=-2,460$, $p=0,014$), rezultat na samoprocjeni znanja o narkomaniji ($\beta=-0,152$, $t=-2,667$, $p=0,008$) i kontakt s narkomanom ($\beta=0,176$, $t=3,114$, $p=0,002$). Iz korelacijske matrice je vidljivo da su ova četiri prediktora u statistički značajnoj korelaciji sa kriterijem. I peti je prediktor, a radi se o atribuciji podložnosti kontroli, na granici statističke značajnosti ($\beta=0,109$, $t=1,951$, $p=0,052$). Sve povezanosti navedenih prediktora s kriterijem idu u očekivanom smjeru. Primjerice, povezanost stava i kauzalnih atribucija podrazumijeva da što se uzrok narkomanije procjenjuje više internalnim, a samo stanje manje promjenjivim, stav prema narkomanu je negativniji. Povezanost samoprocjene znanja s uratkom na skali stavova prema narkomanima govori nam, kao i što je slučaj kod alkoholizma, da ispitanici koji svoje znanje o narkomaniji procjenjuju višim imaju pozitivnije stavove prema narkomanima. Kao što je već navedeno, postoji statistički značajna korelacija kontakta s narkomanom sa uratkom na skali stavova, i sama povezanost ide u očekivanom smjeru. Naime, iskustvo sa narkomanom znači i pozitivniji stav prema njemu.

Nadalje, rezultati provedene regresijske analize govore da navedeni prediktori zajednički objašnjavaju samo 13% varijance rezultata na skali stavova prema

narkomanima (Tablica 23.) što je vrlo mali postotak, ali ipak dvostruko viši od objašnjenosti varijance stava prema alkoholičarima.

5.3.3 Predviđanje stavova prema psihičkim bolesnicima

Tablica 25. Matrica korelacija između stavova, kauzalnih atribucija, kontakta i samoprocjene znanja o psihičkoj bolesti

	STAV PREMA PSIHIČKIM BOLESNICIMA	ATRIBUCIJA MJESTA UZROČNOSTI	ATRIBUCIJA STABILNOSTI UZROKA	ATRIBUCIJA PODLOŽNOSTI KONTROLI	SAMOPROCJ ENA ZNANJA	ISKUSTVO S PSIHIČKIM BOLESNICIMA
STAV PREMA PSIHIČKIM BOLESNICIMA	1,000	-0,120	-0,216**	0,066	-0,174**	0,259**
ATRIBUCIJA MJESTA UZROČNOSTI		1,000	0,077	0,005	0,075	-0,066
ATRIBUCIJA STABILNOSTI UZROKA			1,000	0,189**	0,030	-0,009
ATRIBUCIJA PODLOŽNOSTI KONTROLI				1,000	0,093	0,075
SAMOPROCJENA ZNANJA					1,000	-0,246**
ISKUSTVO S PSIHIČKIM BOLESNICIMA						1,000

* korelacija je statistički značajna uz nivo rizika od 5%

** korelacija je statistički značajna uz nivo rizika od 1%

Tablica 26. Rezultati regresijske analize za stav prema psihičkim bolesnicima

R	R ²	F	S.S.	p
0,375	0,141	9,800	5/299	0,000

Tablica 27. Statistička značajnost β koeficijenata za stav prema psihičkim bolesnicima

	β	t	p
ATRIBUCIJA MJESTA UZROČNOSTI	-0,080	-1,479	0,140
ATRIBUCIJA STABILNOSTI UZROKA	-0,224	-4,081	0,000
ATRIBUCIJA PODLOŽNOSTI KONTROLI	0,103	1,870	0,062
SAMOPROCJENA ZNANJA	-0,118	-2,109	0,036
ISKUSTVO S PSIHIČKIM BOLESNICIMA	0,215	3,869	0,000

Provedena analiza je pokazala da na stav prema psihičkim bolesnicima statistički značajno utječu rezultati atribucije stabilnosti ($\beta=-0,224$, $t=-4,081$, $p=0,000$), rezultat na samoprocjeni znanja o psihičkoj bolesti ($\beta=-0,118$, $t=-2,109$, $p=0,036$) i kontakt s psihičkim bolesnikom ($\beta=-0,215$, $t=3,869$, $p=0,000$). Iz korelacijske matrice je vidljivo da su ova tri prediktora u statistički značajnoj korelaciji sa kriterijem i to u očekivanom smjeru. Primjerice, povezanost stava i atribucije stabilnosti govori nam da što se stanje smatra manje promjenjivim, stav prema psihičkom bolesniku je negativniji. Povezanost samoprocjene znanja s uratkom na skali stavova prema psihičkim bolesnicima govori nam, kao što je slučaj kod alkoholizma i narkomanije, da ispitanici koji svoje znanje o psihičkoj bolesti procjenjuju višim imaju pozitivnije stavove prema psihičkim bolesnicima. Dobivena je i statistički značajna korelacija kontakta s psihičkim bolesnikom sa uratkom na skali stavova, i sama povezanost ide u očekivanom smjeru. Naime, iskustvo sa psihičkim bolesnikom znači i pozitivniji stav prema njemu.

Nadalje, rezultati provedene regresijske analize govore da svi navedeni prediktori zajednički objašnjavaju samo 14% varijance rezultata na skali stavova prema psihičkim bolesnicima (Tablica 26.) što je vrlo mali postotak, podjednako visok kao postotak objašnjenosti varijance stava prema narkomanima, ali ipak dvostruko viši od objašnjenosti varijance stava prema alkoholičarima.

5.3.4 Zaključno o predviđanju stavova prema alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima

Pretpostavili smo da će postojati statistički značajna povezanost samoprocijenjene razine znanja i stavova prema alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima. Bilo da je riječ o narkomaniji, alkoholizmu ili psihičkoj bolesti, rezultati pokazuju da, što je manja samoprocijenjena razina znanja o pojedinoj bolesti, stavovi prema pripadnicima te skupine su negativniji. Dakle, između samoprocjene znanja i stava prema pripadnicima skupine postoji statistički značajna negativna povezanost. I neka druga istraživanja mogu biti potvrda ovim rezultatima. Primjerice, istraživanje Stuarta i sur. (2001) na slučajnom uzorku od 1653 ispitanika pokazuje da je, kad je riječ o shizofreniji, opća populacija relativno dobro informirana a dokazana je i povezanost većeg znanja sa manjom socijalnom distancom. I u istraživanju Papadopoulou i sur. (2002) koje se bavi utvrđivanjem faktora koji utječu na stigmatizaciju psihičke bolesti dokazana je povezanost između većeg znanja i pozitivnijih stavova prema psihičkim bolesnicima. Za razliku od toga, u već spomenutom istraživanju Crispa i sur. (2000) iako su pokazali određenu razinu znanja o psihičkim bolestima (ponajviše njihovim uzrocima i mogućnostima oporavka) 80% ispitanika procijenilo je osobe oboljele od shizofrenije, alkoholičare i narkomane nepredvidivima, a 70% ih je smatralo da su opasni za druge. Prema autorima, stigmatizirajući stavovi ne moraju biti povezani sa nedostatkom znanja o psihičkoj bolesti. Dakle, na osnovu rezultata našeg i drugih istraživanja možemo zaključiti da bi edukacija javnosti o problemu psihičke bolesti trebala biti nužan ali ne i jedini dio programa borbe protiv negativnih stavova prema psihičkim bolesnicima.

Slijedeća naša pretpostavka vezana je uz predviđanje stavova na temelju kauzalnih atribucija. Općenito, atribucijski pristup u kliničkoj psihologiji može značajno doprinijeti u domeni istraživanja percepcije psihički bolesnih osoba od strane drugih. I naši rezultati pokazuju da atribucije imaju statistički značajan doprinos u objašnjavanju stavova prema ovim skupinama, posebice atribucije stabilnosti i podložnosti kontroli. Potvrdu ovakvih rezultata moguće je naći i u istraživanjima Lopeza (1983, prema Graham i Folkes, 1990) koji je dobio da su profesionalci koji se bave mentalnim zdravljem više motivirani pružati pomoć pacijentima čije stanje ima nestabilan uzrok i Weinera (1980, prema Graham i Folkes, 1990) koji je dobio da će ljudi općenito prije pomoći osobi čije je stanje rezultat uzroka koji nisu podložni

kontroli. Možemo zaključiti da bi i u budućim istraživanjima trebalo preispitivati atribucijski pristup kao okvir u ispitivanju percepcije psihičke bolesti, narkomanije i alkoholizma te drugih problema kliničke prirode.

Kad je riječ o predviđanju stavova na osnovu kontakta, u istraživanju Papadopoulou i sur. (2002) dokazana je pozitivna povezanost dosadašnjeg iskustva i stavova prema psihičkim bolesnicima. S druge strane, istraživanje Caetana (1987) pokazuje da se stavovi prema alkoholizmu ne razlikuju s obzirom na postojanje bliskog obiteljskog kontakta s alkoholičarom. Općenito, kontakt sa psihičkim bolesnicima dosad se pokazao vrlo uspješnom tehnikom u promoviranju pozitivnih stavova prema tim osobama. Međutim, da bi kontakt rezultirao pozitivnim stavovima on mora uključivati temeljito upoznavanje i suradnju dviju strana tijekom dužeg vremena. Daljnjim ispitivanjem valjalo bi utvrditi kakav bi kontakt s psihički bolesnim osobama trebalo planirati da bi došlo promjene stavova javnosti prema njima. Nalazi ovakvih istraživanja bili bi poticaj i opravdanje za razvoj suvremenih programa liječenja u zajednici, te programa osiguranja stanovanja i zapošljavanja psihičkih bolesnika. Uz to putem kontakta bi se potakla i demistifikacija postojećih programa i institucija liječenja psihičkih bolesti koji su obično neopravdano percipirani kao represivni i neučinkoviti. Najzad, ako ne gradimo ravnopravnu komunikaciju sa osobama koje pate od psihičkih poremećaja samo ćemo potaknuti njihov bijeg u osamu i izolaciju i putem uništiti svaku njihovu motivaciju za izlječenjem. Tek kada društvo nauči prepoznati, razumjeti i podržati želje, potrebe i osjećaje osoba sa psihičkim poremećajima, znak srama bit će uklonjen.

6. ZAKLJUČAK

Na uzorku od 315 ispitanika, učenika trećih razreda srednjih škola grada Zagreba, provedeno je ispitivanje stavova o psihičkim bolesnicima, alkoholičarima i narkomanima i mogućnosti predviđanja stavova o ovim skupinama na temelju nekih varijabli: kauzalnih atribucija, kontakta i samoprocjene znanja. Slijedi prikaz dobivenih rezultata:

1. Utvrdili smo da postoje statistički značajne razlike u stavovima srednjoškolaca prema psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima. Ovi nalazi u skladu su s našim očekivanjima. Glavni efekt spola nije statistički značajan, međutim, dobivena je statistički značajna interakcija spola i vrste grupe. Naime, kad je riječ o pojedinoj grupi ispitanice imaju pozitivnije stavove prema narkomanima i psihičkim bolesnicima u odnosu na ispitanike, a ispitanici pak imaju pozitivnije stavove prema alkoholičarima u odnosu na ispitanice. Kad se radi o razlikama u stavovima prema skupinama s obzirom na spol, ispitanici imaju statistički značajno negativnije stavove spram narkomana u odnosu na alkoholičare i psihičke bolesnike, a ispitanice imaju statistički značajno pozitivnije stavove prema psihičkim bolesnicima u odnosu na narkomane i alkoholičare i statistički značajno pozitivnije stavove prema alkoholičarima u odnosu na narkomane.

2. a) Ispitali smo postoje li razlike u načinu na koji srednjoškolci atribuiranju uzroke psihičke bolesti, alkoholizma i narkomanije prema tri kauzalne dimenzije (mjesto uzročnosti, stabilnost i podložnost kontroli) s obzirom na spol ispitanika. Za atribuciju mjesta uzročnosti glavni efekt vrste poremećaja se, u skladu sa našim očekivanjima, nije pokazao statistički značajnim. Glavni efekt spola je statistički značajan i označava da postoji razlika u atribuiranju mjesta uzročnosti s obzirom na spol. Interakcija nije statistički značajna. Kad je riječ o atribucijama stabilnosti uzroka, glavni efekt vrste poremećaja pokazao se statistički značajnim. I glavni efekt spola je statistički značajan, kao i interakcija vrste poremećaja i spola ispitanika. Ispitanice smatraju narkomaniju i psihičku bolest stanjima statistički značajno podložnijima promjeni u odnosu na ispitanike. Ispitanici općenito najpromjenjivijim smatraju alkoholizam, zatim narkomaniju te na kraju psihičku bolest (sve statistički značajne razlike), a ispitanice narkomaniju i alkoholizam doživljavaju jednako promjenjivima,

ali statistički značajno više od psihičke bolesti. Što se tiče podložnosti kontroli, ispitanici su također poremećaje procijenili statistički značajno različito podložne kontroli. I glavni efekt spola se pokazao statistički značajnim. Interakcija spola i vrste poremećaja nije statistički značajna. Rezultati pokazuju da ispitanice smatraju uzrok alkoholizma statistički značajno podložnijim kontroli od ispitanika. Što se tiče razlika u stavovima prema ove tri skupine, poredak je isti s obzirom na spol; uzroci narkomanije i alkoholizma smatraju se jednako podložnima kontroli, a pritom statistički značajno podložnijima kontroli od uzroka psihičke bolesti.

b) Ispitali smo postoje li razlike u dosadašnjem kontaktu/iskustvu srednjoškolaca sa psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima s obzirom na spol. χ^2 test je pokazao da s obzirom na spol ne postoje razlike u frekvenciji kontakta s pripadnikom pojedine skupine. Kao što smo i pretpostavili, srednjoškolci su u dosadašnjem iskustvu imali statistički značajno više kontakata s alkoholičarima nego s narkomanima i psihičkim bolesnicima i statistički značajno više kontakata sa narkomanima nego sa psihičkim bolesnicima.

c) Ispitali smo postoje li razlike u samoprocjeni znanja srednjoškolaca o psihičkoj bolesti, narkomaniji i alkoholizmu s obzirom na spol. Glavni efekt vrste poremećaja pokazao se statistički značajnim, kao i glavni efekt spola, te interakcijski efekt. Pokazalo se da ispitanice smatraju svoje znanje o narkomaniji i psihičkoj bolesti statistički značajno višim od ispitanika. O alkoholizmu su samoprocjene znanja podjednake. Općenito, gledajući razlike u samoprocjeni znanja s obzirom na poremećaj i kod ispitanica i kod ispitanika ponavlja se isti redoslijed. Srednjoškolci smatraju da znaju statistički značajno više alkoholizmu, u odnosu na narkomaniju i psihičku bolest i statistički značajno više o narkomaniji u odnosu na psihičku bolest.

3. Ispitali smo mogućnost predviđanja stavova srednjoškolaca prema alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima na osnovu kauzalnih atribucija, kontakta i samoprocjene znanja prema alkoholizmu, narkomaniji i psihičkoj bolesti. Kad je riječ o alkoholizmu, prediktori koji su se pokazali statistički značajnima u objašnjavanju varijance stava su: atribucija podložnosti kontroli uzroka i samoprocjena znanja. Pomoću svih prediktora zajedno moguće je objasniti tek 6% varijance stava srednjoškolaca prema alkoholičarima. Statistički značajni prediktori stava prema narkomanima su: atribucija mjesta uzročnosti, atribucija stabilnosti uzroka, samoprocjena znanja i kontakt sa narkomanom. Zajednički, svi prediktori objašnjavaju

13% varijance stava prema narkomanima. Kad je riječ o psihičkoj bolesti, pokazalo se da su statistički značajni prediktori stava sljedeći: atribucija stabilnosti uzroka, samoprocjena znanja i kontakt sa psihičkim bolesnikom. Svi prediktori zajednički objašnjavaju 14% varijance stava prema psihičkim bolesnicima.

7. LITERATURA

1. Američka psihijatrijska udruga (1996). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. Četvrto izdanje, Međunarodna verzija. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Bedworth, A.E., & Bedworth, D.A. (1992). *The profession and practise of health education*. New York: Wm. C. Brown Publishers.
3. Caetano, R. (1987). Public opinions about alcoholism and its treatment. *Journal of studies on alcohol*, 48(2),153-160.
4. Corrigan, P.W., River, L.P., Lundin, R.K., Penn, D.L., Campion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., & Kubiak, M.A (2001). Three strategies for changing attributions about severe mentall illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 187-195.
5. Crisp A.H., Gelder M.G., Rix S., Meltzer H.I., Rowlands O.J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
6. Dacey, J. & Kenny, M. (1994). *Adolescent development*. Dubuque: Brown & Benchmark.
7. Esser, H. & Lacey, S.D. (1988). *Mental Illness: A homecare Guide*. Canada: John Wiley & Sons.
8. Graham, S. & Folkes, V.S. (1990). *Attribution Theory: Applications to Achievement, Mental Health, and Interpersonal Conflict*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates & Publishers.

9. Halgin, R.P. & Whitbourne, S.K. (1994). *Abnormal Psychology*. Dubuque: Brown & Benchmark Publishers.
10. Harrop C., Trower, P. (2001). Why does schizophrenia develop at late adolescence? *Clinical Psychology Review*, 21(2), 241-265.
11. Heim, D. (2000). Stigmatisation: classifying drug and alcohol misuse as mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 566-567.
12. Hinshaw S.P., Cicchetti D. (2000). Stigma and mental disorder: conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. *Developmental Psychopathology*, 12(4), 555-98.
13. Hotujac, A., Sagud, M., Hotujac, L. (2000). Drug use among Croatian students. *Collegium antropologicum*, 24(1), 61-68.
14. Hudolin, V. (1989). *Alkoholno piće i mladi*. Zagreb: Školska knjiga.
15. Kauffman, S.E., Silver, P., Poulin, J. (1997). Gender differences in attitudes toward alcohol, tobacco, and other related drugs. *Social Work*, 42(3), 231-241.
16. Lalić, D., Nazor, M. (1997). *Narkomani: Smrtopisi*. Zagreb: Alinea.
17. Novak S.P., Reardon S.F., Buka S.L. (2002). How beliefs about substance use differ by socio-demographic characteristics, individual experiences, and neighborhood environments among urban adolescents. *Journal of drug education*, 32(4), 319-342.
18. Papadopoulos, C., Leavey G., Vincent, C. (2002). Factors influencing stigma: A comparison of Greek-Cypriot and English attitudes towards mental illness in north London. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37(9), 430-435.
19. Pennington, D.C. (1997). *Osnove socijalne psihologije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

20. Petz, B. (1992). *Psihologijski rječnik*. Zagreb: Prosvjeta.
21. Phelan, J.C. (2002). Genetic bases of mental illness – a cure for stigma? *Trends in Neuroscience*, 25(8), 430-431.
22. Pletikapić, T. (1993). Percepcija roditeljskog ponašanja i kauzalno atribuiranje školskog postignuća. *Diplomski rad*, Zagreb: Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju.
23. Prišlin, R. (1991). Kada se i kako naše ponašanje slaže s našim stavovima? U Kolesarić, V., Krizmanić, M. i Petz, B. (Ur) *Uvod u psihologiju*, 175-215, Zagreb: Grafički zavod Hrvatske.
24. Radeljić, P. (1991). Ispitivanje stupnja konformnosti asocijativnih odgovora kod ovisnika (narkomana i alkoholičara). *Diplomski rad*, Zagreb: Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju.
25. Ritson, E.B. (1999). Alcohol, drugs and stigma. *International Journal of Clinical Practise*, 53(7), 549-551.
26. Rot, N. (1983). *Osnove socijalne psihologije*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
27. Schulze, B., Angermeyer, M.C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56(2), 299-312.
28. Shibre, T., Negash, A., Kullgren, G., Kebede, D., Alem, A., Fekadu, A., Fekadu, D., Madhin, G., & Jacobsson, L. (2001). Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 36(6), 299-303.

29. Stuart, H., Arboleda-Florez, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *Canada Journal of Psychiatry*, 46(3), 245-52.
30. Yuker, H.E. (1988). *Attitudes toward persons with disabilities*. New York: Springer Publishing Company.
31. Weiner, B. (1992). *Human motivation: Metaphors, Theories and Research*. Thousand Oaks. California: Sage Publications.
32. Zarevski, P. (1995). Psihološki aspekti ovisnosti mladih. *Zbornik radova "Zajednički protiv ovisnosti"*, 255-264.
33. Zvonarević, M. (1989). *Socijalna psihologija*. Zagreb: Školska knjiga.
34. <http://www.hzjz.hr> (stranice Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo)

8. PRILOZI

PRILOG 1. Upitnik

PRILOG 2. Item-total analiza skala stavova prema alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima i pripadajući koeficijenti pouzdanosti

PRILOG 3. Ispitivanje razlika u stavovima srednjoškolaca prema alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima s obzirom na usmjerenje

PRILOG 4. Postoci pojedinih odgovora na tvrdnje na skalama stavova i kauzalnim atribucijama za alkoholičare, narkomane, i psihičke bolesnike

PRILOG 5. Samoprocjene znanja o alkoholizmu, narkomaniji i psihičkoj bolesti s obzirom na školu

PRILOG 6. Stavovi srednjoškolaca prema psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima s obzirom na buduće zanimanje

PRILOG 1: Upitnik

Sve ljude koje dnevno susrećemo, poznate ili nepoznate, skloni smo grupirati u određene skupine prema nekim njihovim više ili manje vidljivim karakteristikama koje ih razlikuju od drugih. Tim skupinama često pripisujemo određene karakteristike i to dijelom na temelju znanja i iskustva sa pripadnicima te skupine, a dijelom na temelju nekih pretpostavki i subjektivnih procjena o njima. Pritom se nerijetko dešava da pripadnike nekih skupina neopravdano podcjenjujemo i time diskriminiramo.

Svrha ovog istraživanja je ispitati stavove srednjoškolaca prema psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima. Kako bismo to ostvarili potrebna nam je **tvoja** pomoć. Stoga te molimo da **što iskrenije** odgovoriš na sljedeća pitanja pridržavajući se uputa kako slijede. Ovo ispitivanje je **anonimno**, a tvoji podaci bit će korišteni isključivo u istraživačke svrhe.

Unaprijed zahvaljujemo na suradnji!

Datum: _____

1. Spol: M Ž

2. Dob: _____

3. Razred: _____

4. Škola i usmjerenje:

5. Kojim bi se konkretno poslom htio/la baviti nakon završene srednje škole?

Molimo te da pažljivo pročitaš svaku tvrdnju i da na priloženoj skali od 5 stupnjeva označiš svoj stupanj slaganja. Pri tome se koristi svojim prvim dojmom i nemoj se predugo zadržavati na pojedinim tvrdnjama.

1	2	3	4	5
uopće se	ne slažem se	niti se slažem	slažem se	u potpunosti
ne slažem		niti		se slažem
		se ne slažem		

1. S narkomanom bih samoinicijativno stupio u kontakt.	1	2	3	4	5
2. Zaposlio bih narkomana u svojoj firmi.	1	2	3	4	5
3. Ne osjećam se neugodno u društvu narkomana.	1	2	3	4	5
4. Prema narkomanima osjećam ljutnju.	1	2	3	4	5
5. Bojim se narkomana.	1	2	3	4	5
6. Narkomane bi trebalo izbjegavati.	1	2	3	4	5
7. Dobro je što se narkomani bore za svoja prava.	1	2	3	4	5
8. Poštujem narkomane kao ljude.	1	2	3	4	5
9. Ako je netko narkoman treba se truditi da to sakrije.	1	2	3	4	5
10. Nikad nisi siguran u društvu narkomana.	1	2	3	4	5
11. Imam vrlo negativno mišljenje o narkomanima.	1	2	3	4	5
12. Ne želim gledati narkomane na javnim mjestima.	1	2	3	4	5
13. Netko može biti narkoman, a ujedno i dobar čovjek.	1	2	3	4	5
14. Kad bih za nekog poznanika saznao da je postao narkoman, počeo bih ga izbjegavati.	1	2	3	4	5
15. Mogu razumjeti narkomane.	1	2	3	4	5
16. Kad vidim narkomana osjetim nelagodu.	1	2	3	4	5
17. Narkomani ne zaslužuju toliku brigu društva.	1	2	3	4	5
18. Nastojim izbjeći bilo kakvo druženje s narkomanom.	1	2	3	4	5

Na svakoj od dolje navedenih skala zaokruži JEDAN broj koji odgovara tvojoj procjeni.

1. Je li narkomanija posljedica vanjskih okolnosti ili je njen uzrok u karakteristikama osobe?

potpuno vezana uz karakteristike osobe	1	2	3	4	5	6	7	potpuno vezana uz vanjske okolnosti
--	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

2. Je li, općenito, narkomanija promjenjivo ili nepromjenjivo stanje?

nije podložna promjeni	1	2	3	4	5	6	7	podložna promjeni
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

3. Narkomanija je stanje na koje osoba...

nije mogla utjecati svojom voljom	1	2	3	4	5	6	7	mogla je utjecati svojom voljom
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------------

4. Jesi li u svom dosadašnjem iskustvu imao/la kakav kontakt sa narkomanom?

DA NE

5. Ako da, zaokruži o kome se radilo? (moguće zaokružiti više odgovora)

- a) O članu uže obitelji
- b) O članu šire obitelji
- c) O kolegi iz razreda/škole
- d) O prijatelju
- e) O susjedu
- f) O nekom drugom. Kome? _____

6. Dalje te molimo da razmisliš i na slijedećoj skali procijeniš kakvo je tvoje opće **znanje** o narkomaniji?

malo znam o tome	1	2	3	4	5	6	7	puno znam o tome
------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

7. Tvoje znanje o narkomaniji uglavnom je rezultat:

- a) onog što si čuo/la u školi
- b) onog što si pročitao/la u novinama ili vidio/la na televiziji
- c) osobnog iskustva
- d) nečeg drugog _____

Molimo te da pažljivo pročitaš svaku tvrdnju i da na priloženoj skali od 5 stupnjeva označiš svoj stupanj slaganja. Pri tome se koristi svojim prvim dojmom i nemoj se predugo zadržavati na pojedinim tvrdnjama.

1	2	3	4	5
uopće se ne slažem	ne slažem se	niti se slažem niti se ne slažem	slažem se	u potpunosti se slažem

1. S alkoholičarom bih samoinicijativno stupio u kontakt.	1	2	3	4	5
2. Zaposlio bih alkoholičara u svojoj firmi.	1	2	3	4	5
3. Ne osjećam se neugodno u društvu alkoholičara.	1	2	3	4	5
4. Prema alkoholičarima osjećam ljutnju.	1	2	3	4	5
5. Bojim se alkoholičara.	1	2	3	4	5
6. Alkoholičare bi trebalo izbjegavati.	1	2	3	4	5
7. Dobro je što se alkoholičari bore za svoja prava.	1	2	3	4	5
8. Poštujem alkoholičare kao ljude.	1	2	3	4	5
9. Ako je netko alkoholičar treba se truditi da to sakrije.	1	2	3	4	5
10. Nikad nisi siguran u društvu alkoholičara.	1	2	3	4	5
11. Imam vrlo negativno mišljenje o alkoholičarima.	1	2	3	4	5
12. Ne želim gledati alkoholičare na javnim mjestima.	1	2	3	4	5
13. Netko može biti alkoholičar, a ujedno i dobar čovjek.	1	2	3	4	5
14. Kad bih za nekog poznanika saznao da je postao alkoholičar, počeo bih ga izbjegavati.	1	2	3	4	5
15. Mogu razumjeti alkoholičare.	1	2	3	4	5
16. Kad vidim alkoholičara osjetim nelagodu.	1	2	3	4	5
17. Alkoholičari ne zaslužuju toliku brigu društva.	1	2	3	4	5
18. Nastojim izbjeći bilo kakvo druženje s alkoholičarom.	1	2	3	4	5

Na svakoj od dolje navedenih skala zaokruži JEDAN broj koji odgovara tvojoj procjeni.

1. Je li alkoholizam posljedica vanjskih okolnosti ili je njen uzrok u karakteristikama osobe?

potpuno vezana uz karakteristike osobe	1 2 3 4 5 6 7	potpuno vezana uz vanjske okolnosti
--	---------------------------	-------------------------------------

2. Je li, općenito, alkoholizam promjenjivo ili nepromjenjivo stanje?

nije podložna promjeni	1 2 3 4 5 6 7	podložna promjeni
------------------------	---------------------------	-------------------

3. Alkoholizam je stanje na koje osoba...

nije mogla utjecati svojom voljom	1 2 3 4 5 6 7	mogla je utjecati svojom voljom
-----------------------------------	---------------------------	---------------------------------

4. Jesi li u svom dosadašnjem iskustvu imao/la kakav kontakt sa alkoholičarom?

DA NE

5. Ako da, zaokruži o kome se radilo? (moguće zaokružiti više odgovora)

- a) O članu uže obitelji
- b) O članu šire obitelji
- c) O kolegi iz razreda/škole
- d) O prijatelju
- e) O susjedu
- f) O nekom drugom. Kome? _____

6. Dalje te molimo da razmisliš i na slijedećoj skali procijeniš kakvo je tvoje opće **znanje** o alkoholizmu?

malo znam o tome	1 2 3 4 5 6 7	puno znam o tome
------------------	---------------------------	------------------

7. Tvoje znanje o alkoholizmu uglavnom je rezultat:

- a) onog što si čuo/la u školi
- b) onog što si pročitao/la u novinama ili vidio/la na televiziji
- c) osobnog iskustva
- d) nečeg drugog _____

Molimo te da pažljivo pročitaš svaku tvrdnju i da na priloženoj skali od 5 stupnjeva označiš svoj stupanj slaganja. Pri tome se koristi svojim prvim dojmom i nemoj se predugo zadržavati na pojedinim tvrdnjama.

1	2	3	4	5
uopće se	ne slažem se	niti se slažem	slažem se	u potpunosti
ne slažem		niti		se slažem
		se ne slažem		

1. S psihičkim bolesnikom bih samoinicijativno stupio u kontakt.	1	2	3	4	5
2. Zaposlio bih psihičkog bolesnika u svojoj firmi.	1	2	3	4	5
3. Ne osjećam se neugodno u društvu psihičkog bolesnika.	1	2	3	4	5
4. Prema psihičkim bolesnicima osjećam ljutnju.	1	2	3	4	5
5. Bojim se psihičkih bolesnika.	1	2	3	4	5
6. Psihičke bolesnike bi trebalo izbjegavati.	1	2	3	4	5
7. Dobro je što se psihički bolesnici bore za svoja prava.	1	2	3	4	5
8. Poštujem psihičke bolesnike kao ljude.	1	2	3	4	5
9. Ako je netko psihički bolesnik treba se truditi da to sakrije.	1	2	3	4	5
10. Nikad nisi siguran u društvu psihičkih bolesnika.	1	2	3	4	5
11. Imam vrlo negativno mišljenje o psihičkim bolesnicima.	1	2	3	4	5
12. Ne želim gledati psihičke bolesnike na javnim mjestima.	1	2	3	4	5
13. Netko može biti psihički bolesnik, a ujedno i dobar čovjek.	1	2	3	4	5
14. Kad bih za nekog poznanika saznao da je postao psihički bolesnik, počeo bih ga izbjegavati.	1	2	3	4	5
15. Mogu razumjeti psihičke bolesnike.	1	2	3	4	5
16. Kad vidim psihičkog bolesnika osjetim nelagodu.	1	2	3	4	5
17. Psihički bolesnici i ne zaslužuju toliku brigu društva.	1	2	3	4	5
18. Nastojim izbjeći bilo kakvo druženje s psihičkim bolesnicima.	1	2	3	4	5

Na svakoj od dolje navedenih skala zaokruži JEDAN broj koji odgovara tvojoj procjeni.

1. Je li psihička bolest posljedica vanjskih okolnosti ili je njen uzrok u karakteristikama osobe?

potpuno vezana uz karakteristike osobe	1	2	3	4	5	6	7	potpuno vezana uz vanjske okolnosti
--	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

2. Je li, općenito, psihička bolest promjenjivo ili nepromjenjivo stanje?

nije podložna promjeni	1	2	3	4	5	6	7	podložna promjeni
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

3. Psihička bolest je stanje na koje osoba...

nije mogla utjecati svojom voljom	1	2	3	4	5	6	7	mogla je utjecati svojom voljom
-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------------

4. Jesi li u svom dosadašnjem iskustvu imao/la kakav kontakt sa psihičkim bolesnikom? DA NE

5. Ako da, zaokruži o kome se radilo? (moguće zaokružiti više odgovora)

- g) O članu uže obitelji
- h) O članu šire obitelji
- i) O kolegi iz razreda/škole
- j) O prijatelju
- k) O susjedu
- l) O nekom drugom. Kome? _____

6. Dalje te molimo da razmisliš i na slijedećoj skali procijeniš kakvo je tvoje opće **znanje** o psihičkoj bolesti?

malo znam o tome	1	2	3	4	5	6	7	puno znam o tome
------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

7. Tvoje znanje o psihičkoj bolesti uglavnom je rezultat:

- e) onog što si čuo/la u školi
- f) onog što si pročitao/la u novinama ili vidio/la na televiziji
- g) osobnog iskustva
- h) nečeg drugog _____

PRILOG 2:

Item-total analiza skala stavova prema alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima i pripadajući koeficijenti pouzdanosti

SKALA STAVOVA PREMA ALKOHOLIČARIMA

Item-total Statistics

	scale mean if item deleted	scale variance if item deleted	corrected item – total correlation	alpha if item deleted
ALK01	47,6133	110,6794	,3751	,8564
ALK02	46,9867	108,7891	,4979	,8517
ALK03	47,7133	110,9677	,3150	,8593
ALK04	48,3767	106,5098	,5220	,8503
ALK05	48,5733	108,1317	,4510	,8534
ALK06	48,2267	103,5872	,6470	,8446
ALK07	47,5233	106,1767	,4732	,8525
ALK08	48,1500	106,1814	,5212	,8503
ALK09	48,4867	116,8326	,0623	,8708
ALK10	47,6633	106,1104	,5349	,8497
ALK11	48,1067	102,9786	,6594	,8439
ALK12	47,5967	106,5090	,5054	,8510
ALK13	49,0767	110,9205	,3893	,8558
ALK14	48,9200	107,5387	,5746	,8489
ALK15	47,9300	108,2994	,4265	,8545
ALK16	47,9700	108,3904	,4327	,8542
ALK17	48,5667	109,3434	,4269	,8544
NAR18	52,3947	149,2100	,6928	,8643

Reliability Coefficients

N of Items = 18

Alpha = ,8598

SKALA STAVOVA PREMA NARKOMANIMA

Item-total Statistics

	scale mean if item deleted	scale variance if item deleted	corrected item – total correlation	alpha if item deleted
NAR01	52,1184	154,7516	,5166	,8707
NAR02	51,5658	156,4577	,5603	,8701
NAR03	52,5164	158,4486	,3227	,8778
NAR04	52,8487	149,0529	,3244	,8870
NAR05	53,1447	155,4443	,4471	,8730
NAR06	52,7664	146,1598	,7174	,8625
NAR07	52,3487	153,2048	,4849	,8717
NAR08	52,8322	150,6483	,5758	,8682
NAR09	53,3520	164,6645	,1226	,8855
NAR10	52,2796	155,5420	,4992	,8713
NAR11	52,5658	147,1046	,7189	,8628
NAR12	52,1579	152,1334	,6040	,8676
NAR13	53,5888	152,4211	,5907	,8681
NAR14	53,3980	151,4615	,6502	,8662
NAR15	52,4704	153,0024	,5555	,8692
NAR16	52,7237	156,4515	,4698	,8723
NAR17	53,2928	154,2275	,5045	,8710
NAR18	52,3947	149,2100	,6928	,8643

Reliability Coefficients

N of Items = 18

Alpha = ,8775

SKALA STAVOVA PREMA PSIHIČKIM BOLESNICIMA

Item-total Statistics

	scale mean if item deleted	scale variance if item deleted	corrected item – total correlation	alpha if item deleted
PSI01	43,9532	103,8501	,3993	,8643
PSI02	43,4448	104,9793	,3828	,8648
PSI03	44,3846	107,6066	,1836	,8734
PSI04	45,5920	103,2558	,4264	,8633
PSI05	44,7793	105,8303	,2528	,8709
PSI06	44,8963	96,2476	,6603	,8530
PSI07	45,0936	100,5482	,5229	,8594
PSI08	45,4013	98,7579	,6289	,8551
PSI09	45,2776	105,4093	,2810	,8695
PSI10	44,2575	102,0241	,4491	,8625
PSI11	45,3244	98,6763	,6693	,8539
PSI12	44,8696	97,0870	,6420	,8540
PSI13	45,5953	100,8659	,5074	,8601
PSI14	45,3913	100,4001	,5686	,8578
PSI15	44,6823	104,3517	,3736	,8653
PSI16	44,5786	100,6675	,5228	,8595
PSI17	45,6823	101,8685	,5561	,8587
PSI18	44,7224	97,1744	,6701	,8530

Reliability Coefficients

N of Items = 18

Alpha = ,8679

PRILOG 3:

Ispitivanje razlike u stavu srednjoškolaca prema alkoholičarima, narkomanima i psihičkim bolesnicima s obzirom na usmjerenje

Tablica 1. Deskriptivne vrijednosti stavova srednjoškolaca s obzirom na usmjerenje

	Škola	N	M	σ	min	max
stav prema alkoholičarima	trogodišnja	95	51,58	10,93	25	78
	gimnazija	132	50,57	10,82	22	80
	četverogodišnja	88	49,81	11,34	20	82
	ukupno	315	50,66	10,99	20	82
stav prema narkomanima	trogodišnja	95	57,22	12,10	28	86
	gimnazija	132	53,78	13,08	22	81
	četverogodišnja	88	56,97	13,24	28	84
	ukupno	315	55,71	12,90	22	86
stav prema psihičkim bolesnicima	trogodišnja	95	48,28	9,72	28	77
	gimnazija	132	47,19	11,07	23	88
	četverogodišnja	88	46,61	10,45	23	82
	ukupno	315	47,36	10,49	23	88

Tablica 2. Završna tablica analize varijance

		suma kvadrata	S.S.	prosječna suma kvadrata	F	p
stav prema alkoholičarima	između grupa	145,394	2	72,697	,601	,549
	unutar grupa	37753,260	312	121,004		
	ukupno	37898,654	314			
stav prema narkomanima	između grupa	847,246	2	423,623	2,570	,078
	unutar grupa	51421,884	312	164,814		
	ukupno	52269,130	314			

stav prema psihičkim bolesnicima	između grupa	134,008	2	67,004	,607	,546
	unutar grupa	34434,45 5	312	110,367		
	ukupno	34568,46 3	314			

PRILOG 4:

Postoci pojedinih odgovora na tvrdnje na skalama stavova prema alkoholičarima, narkomanima, i psihičkim bolesnicima

Tablica 3. Postoci pojedinih odgovora na tvrdnje skale stavova prema alkoholičarima

	1 uopće se ne slažem	2 ne slažem se	3 niti se slažem niti se ne slažem	4 slažem se	5 u potpuno sti se slažem
1. S alkoholičarom bih samoinicijativno stupio u kontakt.	14,9	21,9	45,1	12,4	5,7
2. Zaposlio bih alkoholičara u svojoj firmi.	33,8	33,8	24,8	5,4	2,2
3. Ne osjećam se neugodno u društvu alkoholičara.	16,0	23,1	33,3	19,9	7,7
4. Prema alkoholičarima osjećam ljutnju.	20,4	30,4	30,0	13,7	5,4
5. Bojim se alkoholičara.	26,7	32,7	22,2	14,6	3,8
6. Alkoholičare bi trebalo izbjegavati.	17,9	26,5	29,4	21,1	5,1
7. Dobro je što se alkoholičari bore za svoja prava.	24,8	21,7	29,3	16,6	7,6
8. Poštujem alkoholičare kao ljude.	9,9	15,0	32,3	29,4	13,4
9. Ako je netko alkoholičar treba se truditi da to sakrije.	28,7	25,5	24,8	15,9	5,1
10. Nikad nisi siguran u društvu alkoholičara.	9,6	14,1	31,7	32,1	12,5
11. Imam vrlo negativno mišljenje o alkoholičarima.	14,9	25,7	32,1	19,0	8,3
12. Ne želim gledati alkoholičare na javnim mjestima.	8,0	15,0	32,3	28,1	16,6
13. Netko može biti alkoholičar, a ujedno i dobar čovjek.	2,9	3,8	13,4	35,5	44,4
14. Kad bih za nekog poznanika saznao da je postao alkoholičar, počeo bih ga izbjegavati.	35,4	37,6	21,3	3,5	2,2
15. Mogu razumjeti alkoholičare.	13,1	15,7	38,0	22,7	10,5
16. Kad vidim alkoholičare osjetim nelagodu.	13,4	20,1	35,4	22,6	8,6
17. Alkoholičari ne zaslužuju toliku brigu društva.	24,8	31,8	29,3	10,8	3,2
18. Nastojim izbjeći bilo kakvo druženje s alkoholičarima.	14,6	23,5	36,2	15,9	9,8

Tablica 4. Postoci pojedinih odgovora na tvrdnje skale stavova prema narkomanima

	1 uopće se ne slažem	2 ne slažem se	3 niti se slažem niti se ne slažem	4 slažem se	5 u potpuno sti se slažem
1. S narkomanom bih samoinicijativno stupio u kontakt.	30,8	24,4	28,9	12,1	3,8
2. Zaposlio bih narkomana u svojoj firmi.	50,5	27,0	17,5	3,8	1,3
3. Ne osjećam se neugodno u društvu narkomana.	21,0	25,5	23,6	18,5	11,5
4. Prema narkomanima osjećam ljutnju.	19,1	21,3	27,7	20,4	11,1
5. Bojim se narkomana.	23,5	20,0	31,4	17,5	7,6
6. Narkomane bi trebalo izbjegavati.	16,2	18,5	27,4	21,7	16,2
7. Dobro je što se narkomani bore za svoja prava.	30,3	16,2	29,9	13,7	9,9
8. Poštujem narkomane kao ljude.	16,8	15,9	30,5	20,3	16,5
9. Ako je netko narkoman treba se truditi da to sakrije.	34,7	19,7	22,0	13,4	10,2
10. Nikad nisi siguran u društvu narkomana.	5,4	11,1	31,8	30,3	21,3
11. Imam vrlo negativno mišljenje o narkomanima.	11,1	17,5	28,7	23,9	18,8
12. Ne želim gledati narkomane na javnim mjestima.	5,4	12,7	21,3	34,9	25,7
13. Netko može biti narkoman, a ujedno i dobar čovjek.	5,4	8,7	20,2	31,7	34,0
14. Kad bih za nekog poznanika saznao da je postao narkoman, počeo bih ga izbjegavati.	24,8	31,7	27,9	10,5	5,1
15. Mogu razumjeti narkomane.	19,7	22,9	34,7	14,6	8,0
16. Kad vidim narkomane osjetim nelagodu.	8,9	20,7	35,7	24,8	9,9
17. Narkomani ne zaslužuju toliku brigu društva.	24,4	28,6	27,9	11,4	7,6
18. Nastojim izbjeći bilo kakvo druženje s narkomanima.	8,6	11,4	32,7	25,7	21,6

Tablica 5. Postoci pojedinih odgovora na tvrdnje skale stavova prema psihičkim bolesnicima.

	1 uopće se ne slažem	2 ne slažem se	3 niti se slažem niti se ne slažem	4 slažem se	5 u potpuno sti se slažem
1. S psihičkim bolesnikom bih samoinicijativno stupio u kontakt.	21,3	27,0	38,7	11,4	1,6
2. Zaposlio bih psihičkog bolesnika u svojoj firmi.	38,7	37,5	17,1	5,7	1,1
3. Ne osjećam se neugodno u društvu psihičkih bolesnika.	12,8	26,5	33,9	19,2	7,7
4. Prema psihičkim bolesnicima osjećam ljutnju.	43,5	30,0	19,5	4,8	2,2
5. Bojim se psihičkih bolesnika.	18,2	20,4	36,1	19,8	5,4
6. Psihičke bolesnike bi trebalo izbjegavati.	21,2	23,7	32,7	14,4	8,0
7. Dobro je što se psihički bolesnici bore za svoja prava.	5,7	9,6	26,8	38,9	19,1
8. Poštujem psihičke bolesnike kao ljude.	5,1	3,8	21,0	39,2	30,9
9. Ako je netko psihički bolesnik treba se truditi da to sakrije.	30,2	32,5	23,8	9,3	4,2
10. Nikad nisi siguran u društvu psihičkih bolesnika.	8,0	14,0	36,6	29,3	12,1
11. Imam vrlo negativno mišljenje o psihičkim bolesnicima.	26,3	37,8	27,3	5,4	3,2
12. Ne želim gledati psihičke bolesnike na javnim mjestima.	19,7	25,5	32,5	15,9	6,4
13. Netko može biti psihički bolesnik, a ujedno i dobar čovjek.	4,8	4,1	14,9	33,7	42,5
14. Kad bih za nekog poznanika saznao da je postao psihički bolesnik, počeo bih ga izbjegavati.	31,7	35,9	24,4	4,4	3,5
15. Mogu razumjeti psihičke bolesnike	7,6	14,0	42,2	28,9	7,3
16. Kad vidim psihičke bolesnike osjetim nelagodu.	10,2	23,9	33,8	26,1	6,1
17. Psihički bolesnici ne zaslužuju toliku brigu društva.	44,1	33,7	18,7	1,6	1,9
18. Nastojim izbjeći bilo kakvo druženje s psihičkim bolesnicima.	14,6	22,5	38,1	18,1	6,7

Tablica 6. Postotak pojedinih odgovora ispitanika na kauzalnoj dimenziji internalno/eksternalno

	1 potpuno vezana uz karakteristi- stike osobe	2	3	4	5	6	7 potpuno vezana uz vanjske okolnosti
ALKOHOLIZAM	13,5	9,9	12,5	42,6	9,6	8,0	3,8
NARKOMANIJA	12,8	7,7	11,9	36,9	12,5	9,6	8,7
PSIHIČKA BOLEST	7,1	10,9	15,4	46,2	9,6	6,7	4,2

Tablica 7. Postotak pojedinih odgovora ispitanika na kauzalnoj dimenziji stabilno/nestabilno

	1 nije podložna promjeni	2	3	4	5	6	7 podložna promjeni
ALKOHOLIZAM	1,9	5,1	6,4	16,2	13,4	23,6	33,4
NARKOMANIJA	3,5	5,1	8,7	18,6	17,9	20,8	25,3
PSIHIČKA BOLEST	5,1	7,0	12,1	32,6	17,3	14,1	11,8

Tablica 8. Postotak pojedinih odgovora ispitanika na kauzalnoj dimenziji podložnosti kontroli

	1 nije mogla utjecati svojom voljom	2	3	4	5	6	7 mogla je utjecati svojom voljom
ALKOHOLIZAM	2,9	3,5	3,5	7,3	11,2	23,6	47,9
NARKOMANIJA	1,6	1,9	4,5	9,9	9,6	23,1	49,4
PSIHIČKA BOLEST	20,4	18,2	16,3	28,1	7,7	4,5	4,8

PRILOG 5:

Samoprocjene znanja o alkoholizmu, narkomaniji i psihičkoj bolesti s obzirom na školu

Tablica 9. Deskriptivne vrijednosti samoprocjena znanja srednjoškolaca s obzirom na školu

		N	M	σ
ALKOHOLIZAM	frizerska	30	5,53	1,50
	fotografska	25	5,68	1,28
	matematička gim	56	5,11	1,40
	jezična gim	76	5,53	1,22
	prometna trogodišnja	45	5,29	1,50
	prometna četverogodišnja	47	5,26	1,45
	medicinska	34	5,29	1,34
	UKUPNO	313	5,36	1,37
NARKOMANIJA	frizerska	29	5,17	1,31
	fotografska	24	4,38	1,61
	matematička gim	56	4,75	1,67
	jezična gim	76	5,11	1,50
	prometna trogodišnja	45	4,31	2,04
	prometna četverogodišnja	47	4,68	1,71
	medicinska	35	5,03	1,46
	UKUPNO	312	4,80	1,65
PSIHIČKA BOLEST	frizerska	30	3,43	1,48
	fotografska	25	3,68	1,25
	matematička gim	56	3,39	1,49
	jezična gim	76	3,82	1,55
	prometna trogodišnja	45	2,76	1,45
	prometna četverogodišnja	47	2,91	1,21
	medicinska	34	4,65	1,30
	UKUPNO	313	3,50	1,51

Tablica 10. Završna tablica analize varijance

		SUMA KVADRAT A	S.S.	PROSJEČNA SUMA KVADRATA	F	p
ALKOHOLIZAM	UNUTAR GRUPA	10,029	6	1,671	0,884	0,507
	MEĐU GRUPAMA	578,451	306	1,890		
	UKUPNO	588,479	312			
NARKOMANIJA	UNUTAR GRUPA	28,824	6	4,804	1,786	0,101
	MEĐU GRUPAMA	820,249	305	2,689		
	UKUPNO	849,074	311			
PSIHIČKA BOLEST	UNUTAR GRUPA	94,923	6	15,820	7,842	0,000
	MEĐU GRUPAMA	617,320	306	2,017		
	UKUPNO	712,243	312			

Tablica 11. Rezultati Scheffeovog testa za samoprocjenu znanja o psihičkoj bolesti

		t	p
MEDICINSKA ŠKOLA	FRIZERSKA ŠKOLA	1,21	0,074
	FOTOGRAFSKA ŠKOLA	,97	0,354
	MATEMATIČKA GIMNAZIJA	1,25	0,013
	JEZIČNA GIMNAZIJA	0,83	0,239
	PROMETNA TROGODIŠNJA ŠKOLA	1,89	0,000
	PROMETNA ČETVEROGODISNJA ŠKOLA	1,73	0,000

PRILOG 6:

Stavovi srednjoškolaca prema psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima s obzirom na buduće zanimanje.

Tablica 12. Deskriptivne vrijednosti stavova srednjoškolaca s obzirom na buduće zanimanje

	Buduće zanimanje	N	M	σ	min	max
STAV PREMA ALKOHOLIČARIMA	društveno, vezano uz ljude	52	51,33	11,76	22	78
	prirodno-tehničko	186	50,61	10,45	20	82
	neodlučni	60	50,78	12,15	23	80
	ukupno	298	50,77	11,01	20	82
STAV PREMA NARKOMANIMA	društveno, vezano uz ljude	52	52,13	12,02	22	74
	prirodno-tehničko	186	56,35	12,87	26	86
	neodlučni	60	57,20	13,66	23	84
	ukupno	298	55,79	12,96	22	86
STAV PREMA PSIHIČKIM BOLESNICIMA	društveno, vezano uz ljude	52	45,04	11,56	24	82
	prirodno-tehničko	186	47,97	10,46	23	88
	neodlučni	60	47,90	10,05	23	75
	ukupno	298	47,45	10,60	23	88

Tablica 13. Završna tablica analize varijance

	SUMA KVADRATA	S.S .	Prosječna suma kvadrata	F	p
GLAVNI EFEKT VRSTE POREMEĆAJA (zavisni efekt)	7439,645	2	3719,827	43,994	0,000
GLAVNI EFEKT BUDUĆEG ZANIMANJA (nezavisni efekt)	648,908	2	324,454	1,406	0,247
INTERAKCIJA	609,905	2	152,476	1,803	0,127